CIDADES SAUDÁVEIS APÓS A PANDEMIA

MATHIAS, Augusto
Quartz- Promoção ao Desenvolvimento Local Ltda

SPERANDIO, Ana Maria Girotti
Centros Univseristários UNIFAJ e UNIMAX/ Universidade Estadual de Campinas UNICAMP

Não podemos ignorar que a COVID-19 mudou tudo, ajustar ao “novo normal” levará tempo.

Neste momento, muitos de nós ainda não sabemos como será a vida urbana depois da pandemia, nossos bares, restaurantes e cafés favoritos desaparecerão, mas outros tomarão seu lugar. Os idosos, deficientes e os imunocomprometidos podem evitar espaços urbanos por um tempo, gerando uma população do centro temporariamente mais jovem, mais apta e mais tolerante ao risco. O medo é inevitável, persistente, em relação a infecção e será combatido por um efeito de recuperação em quarentena.

Os empregos voltarão? As pessoas ainda vão viajar no metrô lotado? Precisamos mesmo de torres de escritórios quando todos estão no Zoom? Pensando bem, a ideia de morar em uma fazenda parece subitamente atraente, no momento, as pessoas estão confusas e assustadas.

Se partimos do conceito que uma cidade saudável pode vir a oferecer:

- Um ambiente físico limpo e seguro de alta qualidade;
- Um ecossistema estável e sustentável a longo prazo;
- Uma comunidade forte, solidária;
- Um alto grau de participação e controle dos cidadãos sobre as decisões que afetam suas vidas;
- Atendimento das necessidades básicas como comida, água, abrigo, renda, segurança e trabalho para toda população;
- Acesso das pessoas a uma ampla variedade de experiências e recursos, com a possibilidade de uma ampla variedade de contato, interação e comunicação;
- Uma economia diversificada, forte e inovadora;
- Mantendo o patrimônio cultural e artístico com acessibilidade para todos

- Mantendo um nível ideal de serviços de saúde pública e assistência médica adequados, acessíveis para todos.

Quando levamos consideração todos esses princípios de uma cidade saudável e observamos os instrumentos que impactam esses conceitos, podemos ver que teremos, que por ainda mais atenção na divulgação desses conceitos e ser mais inovadores na forma de como auxiliar governantes e a população em geral de como podemos fazer uma mudança do paradigma para tornar nossas cidades realmente saudáveis.

A ideia seria analisar quais serão os possíveis impactos da atual crise no uso e desenvolvimento das cidades. E que as pesquisas possas colaborar para elaboração das respostas a estes questionamentos, como por exemplo:

"Será que esta crise afetará a maneira como projetamos e construímos nossas cidades? Haverá menos edifícios de condomínio de alta densidade?"

Os ricos se retirarão ainda e ficarão atrás da proteção de porteiros e condomínios fechados. Carros higienizados com motoristas de plantão. Enquanto aqueles que não podem se proteger sofreram mais e mais com o desemprego e outros acessos previstos desde a Carta de Direitos Humanos (1948) e aquelas intervenções previstas no documento da Organização das Nações Unidas (ONU) com a intenção de buscar resoluções na direção dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentáveis (ONU 2015)

A pessoas, que vivem hoje neste cenário apresentarão mais medo de qualquer contato interpessoal e público, pelo menos por vários anos, se não uma década ou mais. O trabalho remoto se acelerará cada vez com maior intensidade.

A tendência atual de desigualdade de moradias nas cidades e outros bens públicos como acesso à água potável, sofrem mudanças? Mudanças previstas em séculos passados em leis nacionais e em cartas internacionais que pautam a importância dos determinantes sociais de saúde e que não devem ser responsabilidade apenas do setor saúde e sim por diferentes setores devem agora ser estudos e premissas urgentes para os governos locais. Não faz sentido continuar uma tendência em que cada vez mais os ricos vivem em grandes centros e os assalariados que prestam serviços à cidade, como professores,

profissionais de saúde, trabalhadores da indústria de alimentos, etc. São forçados a mudarem para outro lugar, distante, na cidade.

Com esta pandemia, notamos que a desigualdade é cada vez mais flagrante, pois coloca em risco o deslocamento dos trabalhadores e interfere no bom funcionamento da cidade. Será que agora após a pandemia iremos começar a pensar em como fornecer moradia aos nossos assalariados de uma forma que seja saudável e estejamos preparados para outras pandemias.

Como será afetado os serviços comunitários, como bibliotecas públicas e centros de recreação e outros?

Locais públicos de reunião que já estão sendo enfraquecidos pela Internet serão ainda mais enfraquecidos. E com os recursos públicos indo para o controle da pandemia e causara uma queda no financiamento desses serviços, causando um declínio contínuo em nossa infraestrutura cívica e a redução do apoio dos contribuintes a essas funções.

No momento as nossas preocupações pós-crise sejam mais básicas como onde posso morar de maneira acessível e como posso acessar empregos e serviços com segurança.

As cidades prosperam com as oportunidades de trabalho e lazer e com a variedade infinita de bens e serviços disponíveis. Se o medo da doença se tornar o novo normal, as cidades poderão ter um futuro sem graça e antisséptico.,

Mas se as cidades do mundo encontrarem maneiras de se ajustar, como sempre fizeram no passado, sua maior era ainda poderá estar diante delas.

As cidades são os epicentros das doenças infecciosas, e sempre se recuperam - muitas vezes mais fortes do que antes.

E a mesma situação irá acontecer as cidades, estas sobreviverão ao COVID-19, e como a história mostra que as pessoas frequentemente se mudam para as cidades após pandemias por causa das melhores oportunidades de emprego e dos salários mais altos que eles ofereceram após a queda repentina da população.

Alguns aspectos das nossas cidades e áreas metropolitanas devem ser reformulados, dependendo de quanto tempo durar a atual pandemia.

O medo da densidade, os metrôs e trens em particular, o desejo de um ambiente mais seguro e mais privado, podem atrair alguns para mudar para os

subúrbios e áreas rurais. Famílias com crianças e vulneráveis, em particular, podem trocar seus apartamentos na cidade por uma casa com quintal. Mas outras forças empurrarão as pessoas de volta aos grandes centros urbanos. Jovens continuarão a se reunir em cidades em busca de oportunidades pessoais e profissionais. Artistas e músicos podem ser atraídos por aluguéis mais baixos, graças às consequências econômicas do vírus.

As previsões da morte das cidades sempre seguem choques como este. Mas a urbanização sempre foi uma força maior que as doenças infecciosas.

A pandemia expos a qualidade da governança e a escala das desigualdades em nossas cidades e também está oferecendo uma oportunidade para os planejadores e empreendedores urbanos implementarem ideias inovadoras.

Prefeitos revisam os planos urbanos para evitar a próxima pandemia. Como sabemos as cidades enfrentavam déficits crônicos de receita e déficits orçamentários antes da pandemia.

Em breve, muitos introduzirão testes em massa e rastreamento de contatos digitais, modernizarão edifícios e espaços públicos para distanciamento social e reforçarão os sistemas de saúde para lidar com ameaças futuras. A pandemia também está acelerando tendências mais profundas e de longo prazo que afetam as cidades, como a digitalização do varejo, a mudança para uma economia sem dinheiro, a mudança para o trabalho remoto e a entrega virtual de serviços. O transporte público lutará para manter o número de passageiros sem ajustes de distanciamento social. Carros sem motorista e esquemas de micro-mobilidade podem se tornar cada vez mais vitais.

Algumas cidades já estão explorando maneiras de atualizar suas políticas de zoneamento e compras para promover densidade inteligente e investimentos mais ecológicos. As cidades são as bases de teste perfeitas para novas inovações. Algumas cidades já estão desenvolvendo planos que priorizam economia circular, resiliência climática e uma intolerância radical à desigualdade.

Por isso, este e o momento que temos que ser inovadores e aplicarmos realmente o conceito de cidades saudáveis.

REFERENCIAS

ONU.Declaração Dos Direitos Humanos (DUDH) – Assembleia Geral das Nações Unidas, Paris, 10 de dezembro de 1948 – Resolução 217 A (III), 1948.

ONU. **Report of the Secretary-General on the work of the Organization United Nation** (ONU), New York: ISSN 0082-8173, 2015.

Secretaria de Estado de São Paulo. **Lei nº8.080**, de 19 de setembro de 1990. Do Sistema Único de Saúde.

SPERANDIO, A.M.G.. Community Urban Gardens: Social Instrument for Healthy and Health – Promoting Cities*. In:* Leal Filho, W.; WALL, T.; AZUL, A.; *et* al (eds). Good Health and Will-Being. **Encyclopedia of the UN Sustainable Development Goals**. Springer, Cham, 2020.

SOBRE OS AUTORES:

Augusto Mathias – Co-fundador da Quartz - Promoção do Desenvolvimento Local Ltda; Conselheiro Internacional da Confederação Nacional de Municípios; Planejador de Programa Cidade Saudável até 2018 – Toronto/ Canadá

Prof.ª Dr.ª Ana Maria Girotti Sperandio – Assessora Acadêmica e Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares do Centro Universitário da UNIFAJ e UNIMAX; Professora Plena da Pós Graduação e Pesquisadora Colaboradora da Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo da Universidade Estadual de Campinas (FEC/UNICAMP)

O PAPEL DO FARMACÊUTICO FRENTE À COVID-19: AÇÕES MUITO ALÉM DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

The hole of the pharmacist vis-à-vis Covid-19:actions far beyond the dispersing of medicines

REBELO, Márcia de Araújo
Centro Universitário Max Planck (UNIMAX)

DELCORSO, Mariana Cruz
Centro Universitário Max Planck (UNIMAX)

RESUMO: O aparecimento da COVID-19 e o enfrentamento à pandemia gerou mudanças significativas na atuação do farmacêutico. No Brasil destacam-se as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) que por meio da Assistência Farmacêutica facilita o acesso da população aos medicamentos e ao uso racional. No processo de uso dos medicamentos utilizados para tratar os pacientes com COVID-19 o farmacêutico contribui no acompanhamento dos tratamentos medicamentosos prescritos e seus respectivos efeitos adversos, o que possibilita a elaboração de dados fármacoepidêmicos. As Drogarias são vistas como locais de primeiro acesso ao sistema de saúde, essa característica possibilita que o farmacêutico ao realizar o teste rápido para detecção do COVID-19 possa orientar o paciente quanto a necessidade de buscar auxílio nas unidades do SUS. Em complementação ao sistema de diagnóstico, assim que a vacina para o tratamento dessa doença infecciosa for descoberta, o farmacêutico poderá contribuir no processo de imunização. Diante desse contexto, propomos uma reflexão da atuação do farmacêutico, como agente de saúde, e suas diversas competências frente ao combate da pandemia que enfrentamos.

Palavras-chave: COVID-19, Assistência Farmacêutica, Atenção Farmacêutico.

ABSTRACT: The appearance of COVID-19 and the fight against the pandemic generated significant changes in the pharmacist's performance. In Brazil, the actions of the Unified Health System (SUS) stand out, which through Pharmaceutical Assistance facilitates the population's access to medicines and rational use. In the process of using the drugs used to treat patients with COVID-19, the pharmacist contributes to the monitoring of the prescribed drug treatments and their respective adverse effects, which makes it possible to prepare fármaco epidemic data. Drugstores are seen as places of first access to the health system, this feature allows the pharmacist, when carrying out the rapid test for the detection of COVID-19, to guide the patient regarding the need to seek help in SUS units. In addition to the diagnostic system, as soon as the vaccines for the treatment of this infectious disease are discovered, the pharmacist can contribute to the immunization process. In view of this context, we propose a reflection on the role of the pharmacist, as a health agent, and his various skills in the fight against the pandemic we face.

Key-words: COVID-19, Pharmaceutical Assistance, Pharmaceutical Care.

INTRODUÇÃO

O aparecimento de uma nova cepa do coronavÍrus SARS-CoV-2 em 2019, denominada COVID-19, apresenta uma virulência rápida e muitas vezes letal, fez com que, em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarasse pandemia (CFF, 2020). Diante desses novos acontecimentos muitos profissionais da saúde iniciaram uma árdua batalha na linha de frente para combater essa doença infecciosa. Entre esses profissionais o farmacêutico, torna-se um elo importante de acesso aos cuidados em saúde, tento em vista que é o profissional responsável pelo processo de produção e dispensação de medicamento. Em função de suas competências é considerado um profissional estratégico tanto no combate quanto no tratamento do paciente portador do COVID 19 (UNG, 2020).

Contribuição do farmacêutico no SUS

A atuação do farmacêutico frente às emergências sanitárias no Brasil está diretamente relacionada à sua atuação na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS). Desde a aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) em 1998, o farmacêutico tornou-se o responsável por garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, facilitando o acesso da população aos medicamentos e orientando sobre o seu uso racional (VASCONCELOS et al., 2017).

Dentre as diretrizes contidas na PNM podemos destacar as que mostram uma congruência com as ações necessárias para o enfrentamento da pandemia, sendo elas: i) a aquisição centralizada na esfera federal de medicamentos de ordem epidemiológica justificando-se por “doenças que configuram problemas de saúde pública, que atingem ou põem em risco as coletividades, e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores” e, ii) as ações educativas elaboradas pelo farmacêutico que visa assegurar o uso racional dos medicamentos, que no caso da COVID 19, está diretamente relacionada a farmacoepidemiologia tais como: o acompanhamento dos tratamentos medicamentosos prescritos e os efeitos adversos apresentados (BRASIL, 2001).

O enfrentamento à pandemia gerou mudanças significativas na atuação do farmacêutico no SUS. Segundo o Conselho Federal de Farmácia (CFF), a

atuação do farmacêutico juntamente com outros profissionais de saúde deve promover ações organizadas de forma a colaborar com o SUS, evitando que ocorra sobrecarga nas unidades de urgência e emergência e a propagação da contaminação. Como medidas preventivas, podemos citar a orientação dos processos de higienização e uso de álcool gel, bem como a distribuição de produtos de proteção individual e coletiva para os profissionais atuam no combate a COVI-19 (luvas, álcool, máscaras entre outros) tanto nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) como nos hospitais públicos (CFF, 2020). Ainda como medidas preventivas e seguindo o que preconiza a Lei Federal nº 13.979/2020, pacientes com condição controlada e em tratamento crônico terão os tempos de dispensação aumentados, que usualmente são de 30 dias, para desta forma, reduzir o fluxo dos pacientes nas Centrais de Distribuição de Medicamentos ou UBS (BRASIL, 2020a).

Contribuição do farmacêutico nas Drogarias

Em virtude da globalização e recursos tecnológicos a velocidade e quantidade de informação vêm aumentando muito nos últimos anos, e com esse quadro de pandemia, somos bombardeados por notícias em todo momento pelos *smartphones*, *notebooks* e das mídias. Dentre elas, muitas são verdadeiras e outras são as chamadas *Fake News*, que pelo desconhecimento das pessoas acaba disseminando essas informações (PIERRO, 2020). Em muitas comunidades, os farmacêuticos são os profissionais de saúde mais acessíveis e, muitas vezes, é a Drogaria o primeiro local de contato do paciente com o sistema de saúde (HEDIMA; ADEYEMI; IKUNAIYE, 2020). Com isso ele apresenta o papel de propagador de informação e realizador de ações educativas no enfrentamento da pandemia (CFF, 2020).

Os farmacêuticos contribuíram para melhorar a saúde coletiva de várias maneiras, inclusive em processos de desenvolvimento de vacinas. Embora atualmente não exista imunização para o COVID-19, diversos países estão investindo em pesquisas para desenvolver uma vacina (CDC, 2020). Além disso, estudos indicam que quando o farmacêutico pode realizar a imunização, ocorre um aumento considerável de pacientes vacinadas na comunidade (ARURU; TRUONG; CLARK, 2020). Diante do exposto, o farmacêutico teria mais uma vertente de contribuição no combate à COVID-19, indo de encontro com as

disposições da Resolução do CFF nº 654/2018, que determina que o farmacêutico pode prestar serviços de vacinação em drogarias devidamente habilitadas (CFF, 2018).

As incertezas quanto ao futuro, à busca por máscaras cirúrgicas e álcool em gel, perigo de colapso SUS, profissionais da saúde trabalhando muitas horas, recursos poucos e crescente número de casos, país em sistema de quarentena, e outros pontos que aumentam a insegurança e a necessidade dos profissionais da saúde, tais como o farmacêutico, exige que esses profissionais aprimorem e busquem todas as alternativas possíveis para contribuir com a sociedade (CRF-SP, 2020b; FIGUEIREDO,2020; FREITAS et al., 2020; FILHO et al., 2020).

Metodologia

A presente revisão narrativa foi no levantamento bibliográfico realizado nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), da Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Medline via Pubmed. Os descritores de busca foram os seguintes termos em português e inglês como segue: COVID-19, Assistência Farmacêutica, “Pharmaceutical Assistance” e “Pharmaceutical Care”.

Considerações Finais

O momento único que vivemos faz com que todo o profissional da saúde busque se reinventar na busca de novas formas de contribuir no combate a pandemia. Em especial o farmacêutico, por sua atuação tanto no SUS quanto em Drogarias se mostra um profissional estratégico para tratar os pacientes portadores de COVID-19 por possuir diversas competências relacionadas à profissão. No entanto as ações frente a essa nova realidade terão êxito se trabalhada e pensada em conjunto e sem esquecer que mudanças demoram a serem realizadas. Todo o contexto abordado e esse no quadro mundial nos mostra que ainda há um longo caminho a ser percorrido em busca de uma Ciência, Saúde e Sociedade mais alinhadas.

REFERÊNCIAS

ARURU, M; TRUONG, H. A.; CLARK, S. Pharmacy Emergency Preparedness and Response (PEPR) framework for expanding pharmacy professionals’ roles and contributions toemergency preparedness and response during the COVID-

19 pandemic and beyond, **Research in Social & Administrative Pharmacy**, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. DOU: 07 de fevereiro de 2020, ed. 27, seç. 1, p. 1, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência da Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução nº 377, de 28 de abril de 2020. Autoriza, em caráter temporário e excepcional, a utilização de "testes rápidos" (ensaios imunocromatográficos) para a COVID-19 em farmácias, suspende os efeitos do § 2º do art. 69 e do art. 70 da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009. Dou de 29 de abril de 2020, ed. 81, seç. 1, p. 56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Politicas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios n. 5.Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40 p.

CDC. Center for diseases control and prevention. Severe Illness Associated with Using Non-Pharmaceutical Chloroquine Phosphate to Prevent and Treat Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Disponível em: https://emergency.cdc.gov/han/2020/han00431.asp. Acesso em 02 maio 2020.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Coronavírus**: Atuação do farmacêutico frente à pandemia da doença causada pelos coronavírus.** 2020. Plano de resposta para a farmácias privadas e públicas da Atenção Primária.VERSÃO 1. Disponível em: < http://www.cff.org.br/userfiles/Coronav%C3%ADrus%20orienta%C3%A7%C3%B5es%20a%20Farm%C3%A1cias%20da%20APS%20no%20SUS%20(1).pdf>. Acesso em: 02 maio 2020.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Dispõe sobre os requisitos necessários à prestação do serviço de vacinação pelo farmacêutico e dá outras providências. Resolução n. 654, de 2 de fevereiro de 2018.

CRF-SP. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Departamento de Apoio Técnico e Educação Permanente. Manual de Orientação ao Farmacêutico: COVID-19. / Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. – São Paulo: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, 2020a.

CRF-SP. Conselho Regional de Farmácia. 2020b. Uso de EPI's e outras providencias. Disponível em : <https://www.crfsp.org.br/noticias/11145-uso-de-epis-e-outras-provid%C3%AAncias.html>. Acesso em: 02 maio 2020.

ERICK WESLEY HEDIMA, E. W.; ADEYEMI, M. S.; IKUNAIYE, N. Y. Community pharmacists: On the frontline of health service against COVID-19. **Research in Social and Administrative Pharmacy,** 2020.

FIGUEIREDO,B. **A saúde em colapso: uma análise da capacidade a resposta do SUS à pandemia de Covid-19.** Disponível em:< https://academiamedica.com.br/blog/saude-em-colapso-uma-analise-da-capacidade-de-resposta-do-sus-a-pandemia-de-covid>. Acesso em: 02/05/2020.

FILHO, J.M.J.; ASSUNÇÃO,A.A.; ALGRANTI,E.et al. . A saúde do trabalhador e enfrentamento e o enfrentamento da Covid-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**,v.45, 2020.

FREITAS,A.R.R.; NAPIMOGA, M.; DONALISIO,M.R.. Análise de gravidade da pandemia de Covid-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.29, n. 2, p. 1-5,2020.

PIERRO, B. Epidemia de *fake news* – Organização Mundial da Saúde chama a atenção para a grande circulação de notícias falsas sobre o novo coronavírus. Disponível em : < https://revistapesquisa.fapesp.br/2020/04/07/epidemia-de-fake-news/>. Acesso em: 02/05/2020.

UNG, C. O. L. Community pharmacist in public health emergencies: Quick to action Against the coronavirus 2019-nCoV outbreak. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 16, n. 4, p. 583-586, 2020.

VASCONCELOS, D. M. M. et al. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2.609-2.624, 2017.

A SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO ÀS CONDIÇÕES DE TRABALHO

Family Health Strategy Professionals' Satisfaction with Working Conditions

CAMPOS, Fernanda Fraga
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

REIS, Maria Letícia Costa
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

JUNIOR, Donaldo Rosa Pires
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

ROCHA, Raphael de Oliveira
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

AGUIAR, Guilherme Augusto Barroso
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

ANJOS, Laiane Sousa
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

MOTA, Flávia Karla Cruz
Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina, Minas Gerais.

ALMEIDA, Luciana Maria Lauar
Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina, Minas Gerais.

COSTA, Magnania Cristiane Pereira
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

RESUMO: Este trabalho tem como objetivo avaliar a satisfação dos profissionais das Estratégias de Saúde da Família em relação às condições de trabalho. Realizou-se estudo transversal, descritivo, prospectivo realizado com profissionais que atuam em um município do Vale do Jequitinhonha/MG. Os profissionais elegíveis responderam questionário, de autopreenchimento, constituído por variáveis sociodemográficas e ocupacionais; variáveis relacionadas ao trabalho e referentes às condições de saúde, posteriormente foram realizadas as frequências absolutas e relativas. Dos 149 profissionais, 96 (64,4%) responderam ao questionário. Houve predomínio do sexo feminino (87,5%), raça/cor parda (69,8%), casados (44,8%), dos agentes comunitários de saúde, (12,5%), de profissionais que não estudavam no momento (76%) e que trabalhavam na unidade de saúde há mais de 1 ano (27,1%), com equipes incompletas (62,5%). Entre os 96 participantes da pesquisa 43 (44,8%) justificaram os motivos da insatisfação no trabalho e 16,7% destes sugeriram propostas para reversão do descontentamento como: capacitação (31,2%), melhoria das condições de trabalho (25%), e reorganização das equipes (18,7%). Concluiu-se que equipe de trabalho completa e capacitação são elementos fundamentais para a satisfação dos profissionais. Sugere-se que os

gestores conheçam as peculiaridades locais para promover um ambiente de trabalho mais satisfatório com consequente melhoria para os usuários da Atenção Primária do município e que novos estudos sejam realizados para complementar estes dados.

Palavras-chaves: Profissionais da Saúde; Atenção Primária à Saúde**;** Satisfação no Trabalho.

ABSTRACT: This work aims to evaluate the satisfaction of professionals of Family Health Strategies in relation to working conditions. A cross-sectional, descriptive, prospective study was carried out with professionals working in a municipality of Vale do Jequitinhonha / MG. Eligible professionals answered a questionnaire, self-filling, made up of sociodemographic and occupational variables; variables related to work and referring to health conditions, after which the absolute and relative frequencies were performed. The 149 professionals, 96 (64.4%) answered the questionnaire. There was a predominance of female (87.5%), brown / brown (69.8%), married (44.8%), Community Health Agents (12.5%), professionals who did not study in the (76%) and had worked in the health unit for more than 1 year (27.1%), with incomplete teams (62.5%). Among these, 96 participants in the research 43 (44.8%) justified the reasons for job dissatisfaction and 16.7% of these suggested proposals for reversion of discontent such as: capacity building (31.2%), improved working conditions (25%) and reorganization of the teams (18.7%). It was concluded that a complete work team and training are fundamental elements for the satisfaction of professionals. It is suggested that managers know the local peculiarities to promote a more satisfactory work environment with consequent improvement for users of Primary Care of the municipality and further studies are performed to complement these data.

Keywords: Health Personnel; Primary Health Care; Ep; Job Satisfaction.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o principal meio para a entrada dos pacientes no Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil. As ações da APS devem promover e proteger a saúde, prevenir agravos, realizar diagnósticos, tratamentos e reabilitações a fim de reduzir os danos e manter a saúde. A APS deve ser acessível para seus usuários, ocorrendo no local mais próximo da moradia das pessoas. É dirigida para populações de territórios previamente analisados pelas equipes de saúde onde são consideradas as características específicas do ambiente em que vivem essas pessoas. Observando os critérios de riscos, vulnerabilidade e ética, a APS contribui no manejo das demandas complexas e variadas de maior frequência e relevância com o apoio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2011).

Como forma de organizar e estruturar a APS foi criado em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) que após doze anos foi transformada em ESF, declarada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no ano de 2006 e revisada no ano de 2017, Portaria n^0 2.436 (BRASIL, 2017). A ESF tem como objetivo auxiliar a reorganização da Atenção Básica no Brasil de acordo com as condições estabelecidas pelo SUS (BRASIL, 2011).

Para o funcionamento da ESF é necessário a formação de equipes multiprofissionais para atuarem nas unidades básicas de saúde. A partir da territorialização a área geográfica de atuação é delimitada e as equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias. Promoção, prevenção e recuperação da saúde, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e manutenção da saúde dessa comunidade, são algumas das principais ações das ESF (BRASIL, 2011).

De acordo com a Portaria n^0 2.436, de 21 de setembro de 2017, a ESF deve ser composta por médico especialista em medicina de família e comunidade, enfermeiro que também seja especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Também podem fazer parte da equipe o agente de combate a endemias (ACE), cirurgião dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Recomenda-se cobertura de 100% da população que esteja em áreas de risco e vulnerabilidade social e um máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2017).

Apesar de todos os avanços ocorridos na Atenção Primária, estudos revelam esgotamento pelos profissionais de saúde. Alguns fatores, como por exemplo, inadequadas condições de trabalho, escassez de recursos humanos e físicos, sobrecarga e violência, causam o esgotamento que é responsável pela insatisfação no ambiente de trabalho (GARCIA; MARZIALE, 2018). A grande demanda de atendimento e o contato intenso com a comunidade exige um esforço pouco dimensionado pela gestão dos serviços de saúde (MEDEIROS et al., 2016).

O esgotamento profissional esta intrinsicamente ligado ao vínculo empregatício precário, sendo que a falta desse vínculo, configura um dos principais empecilhos para o desenvolvimento de um bom trabalho na APS. A longitudinalidade e continuidade na APS é prejudicada pela alta rotatividade de profissionais. Outro fator a ser considerado são os altos gastos dos recursos

públicos com a capacitação e preparação de novos profissionais (GONÇALVES et al., 2014).

Ressalta-se como fator importante para promover a satisfação do trabalhador o estimulo a qualificação profissional. Sabe-se que a qualificação dos profissionais é considerada uma estratégia para a valorização dos mesmos tanto pelos colegas de trabalho quanto pela população assistida. Dessa forma, faz-se necessária a adoção de políticas públicas para a realização de ações de educação permanente que sejam voltadas para o interesse dos trabalhadores (SEIDL et al., 2014; SIMA; PINTO, 2017). A capacitação e qualificação dos profissionais faz parte das recomendações estipuladas pela Portaria n^0 2.436, de 21 de setembro de 2017, onde se preconiza que sejam realizadas ações de educação permanente com os profissionais da APS (BRASIL, 2017).

Satisfação e insatisfação no trabalho em saúde influenciam na qualidade dos serviços prestados à população e também têm implicações na saúde do trabalhador (SEIDL et al., 2014). Considerando essa premissa e a importância da qualidade do trabalho na APS, e ainda que, na região estudada não existem estudos semelhantes, este trabalho teve como objetivo avaliar a satisfação dos profissionais das Estratégias de Saúde da Família em relação às condições de trabalho.

METODOLOGIA

Tipo, Local e População do Estudo

Tratou-se de um estudo transversal, descritivo, prospectivo realizado com profissionais que atuavam no serviço da ESF em um município do Vale do Jequitinhonha/MG.

A coleta de dados ocorreu no período de julho de 2018 a janeiro de 2019. O município está localizado a 290 km de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, e possui sua população estimada em 47.617 (IBGE, 2018). Neste município existiam 11 ESF, 8 estavam situadas na área urbana e 3 na área mista, urbana/rural.

Todos os profissionais que atuavam nas 11 ESF existentes no município foram convidados à participar do estudo. Esta população era constituída por 149 profissionais.

As informações relacionadas ao quantitativo de ESF e profissionais foram fornecidas pela coordenação da APS da Secretaria Municipal de Saúde, em junho de 2018.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos os profissionais de saúde com idade ≥ 18 anos que pertenciam às 11 ESF do município. Foram excluídos os profissionais que no momento da coleta estavam afastados por motivo de saúde ou em licença sem vencimentos, sem previsão de retorno ao trabalho. Ainda foram excluídos os profissionais que se recusaram a participar da pesquisa.

Instrumento de Coleta de Dados

Os profissionais elegíveis responderam um questionário, de autopreenchimento, composto por variáveis abertas e fechadas, constituído por três blocos com total de 18 questões. (*i*) variáveis sociodemográficas e ocupacionais: local e data de nascimento, idade, sexo, raça/cor, situação conjugal, categoria profissional, grau de formação mais elevado, se estuda atualmente, tempo de serviço na unidade de saúde atual e tempo de formação profissional; (*ii*) variáveis relacionadas ao trabalho: trabalha exclusivamente no SUS, está preparado para atuação no SUS, a equipe da Unidade Básica que trabalha está completa e grau de satisfação em relação ao trabalho; (*iii*) variáveis referentes às condições de saúde: consideração em relação à condição de saúde física e mental e se pratica alguma atividade física regular.

Procedimentos de Campo

Após a liberação do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa foi realizado um pré-teste com 5 convidados pertencentes ao quadro docente da universidade federal local, que atuam ou atuaram no sistema de saúde local e que não estavam comtemplados no universo da pesquisa. Após o pré-teste foi realizado contato prévio com os coordenadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para agendamento de visita e acesso à população do estudo.

Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa receberam o questionário e duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE). Os questionários foram aplicados nas UBS em sala reservada com duração aproximada de 20 minutos.

Análise Estatística

O banco de dados foi construído no programa EpiData versão 3.1 e analisado no programa SPSS versão 21.0 (*Análise Statistical Package for Social Science*) para posterior realização das frequências absolutas e relativas.

Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri sob o número 2.759556 e CAAE: 87353318.9.0000.5108, através da Plataforma Brasil, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo os Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/12.

RESULTADOS

Perfil Sociodemográfico dos Profissionais

De acordo com os dados obtidos da Secretaria Municipal de Saúde existem 149 profissionais que atuam nas 11 ESF na zona urbana/mista do município. Dos 149 profissionais elegíveis para a pesquisa, 96 (64,4%) responderam ao questionário (dados não apresentados em tabela).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, que atuam em um município do Vale do Jequitinhonha/ MG, 2019.

	TOTAL	
	(n=96)	**%**
A- Município de Residência		
Município local	75	78,1
Outros municípios	21	21,9
B- Sexo		
Masculino	12	12,5
Feminino	84	87,5
C- Raça/Cor		
Branca	11	11,5
Preta	17	17,7
Parda	67	69,8
NI	1	1
D- Situação Conjugal		
Casado	43	44,8
Solteiro	34	35,4
Separado/desquitado/ divorciado	8	8,3
Viúvo	1	1,00
Amasiado	7	7,3
NI	3	3,1

Fonte: elaborada pelos autores.

Dados Ocupacionais das Equipes de Saúde de Família

Tabela 2 – Dados ocupacionais das equipes que atuavam nas Equipe de Saúde da Família, em um município do Vale do Jequitinhonha/ MG, 2019.

	TOTAL (n=96)	%
A- Categoria Profissional		
ASB*	7	7,3
ACS**	47	49,0
Auxiliar de enfermagem	3	3,1
Enfermeiro	10	10,4
Médico	6	6,3
Setor administrativo	3	3,1
Odontólogo	8	8,3
Técnico de enfermagem	12	12,5
B- Estudante		
Sim	23	24
Não	73	76
C- Tempo de Serviço		
0 a 1 anos	26	27,1
1 a 3 anos	15	15,6
3 a 5	17	17,7
5 a 10	21	21,9
Acima de 10 anos	17	17,7
D- Trabalha apenas no SUS#		
Sim	80	83,3
Não	16	16,7
E- Está preparado para o SUS#		
Sim	87	90,6
Não	9	9,4
F- Equipe Completa		
Sim	36	37,5
Não	60	62,5

Fonte: elaborada pelos autores. * Auxiliar em Saúde Bucal; **Agente Comunitário de Saúde; # Sistema Único de Saúde.

Condição de Saúde das Equipes de Saúde da Família

Tabela 3 – Condições de saúde das equipes que atuavam no serviço de Atenção Primária à Saúde de um município do Vale do Jequitinhonha/ MG, no ano de 2019.

	TOTAL (n=96)	%
A- Saúde Física		
Ótima	22	22,9
Boa	51	53,1
Regular	19	19,8
Ruim	4	4,2
B- Saúde Mental		
Ótima	1	1,0
Boa	25	26,0
Regular	51	53,1
Ruim	14	14,6
Péssima	5	5,2
C- Atividade Física		
Sim	32	33,3
Não	64	66,7

Fonte: elaborada pelos autores.

Nível de Satisfação dos Profissionais das Equipes de Saúde da Família em relação às condições de trabalho

Na figura 1 foi possível observar o nível de satisfação dos profissionais por ESF. Nas ESF 3 e 4 verifica-se um alto nível de satisfação representando (90%) dos profissionais satisfeitos, entretanto, nas ESF 7 e 10 ocorreu o contrário com (100%) dos profissionais insatisfeitos. Na figura 2 foi observado que dos 96 participantes da pesquisa 43 (44,8%) justificaram os motivos da insatisfação no trabalho. A falta de recursos humanos foi relatada como motivo de insatisfação por 23,2% do participantes que relataram insatisfação. A desvalorização do trabalho e a falta de material/infraestrutura física adequada foram relatadas por 20,9% dos que relataram insatisfação, respectivamente. Como terceira causa de insatisfação, (16,3%) dos profissionais consideram o salário defasado.

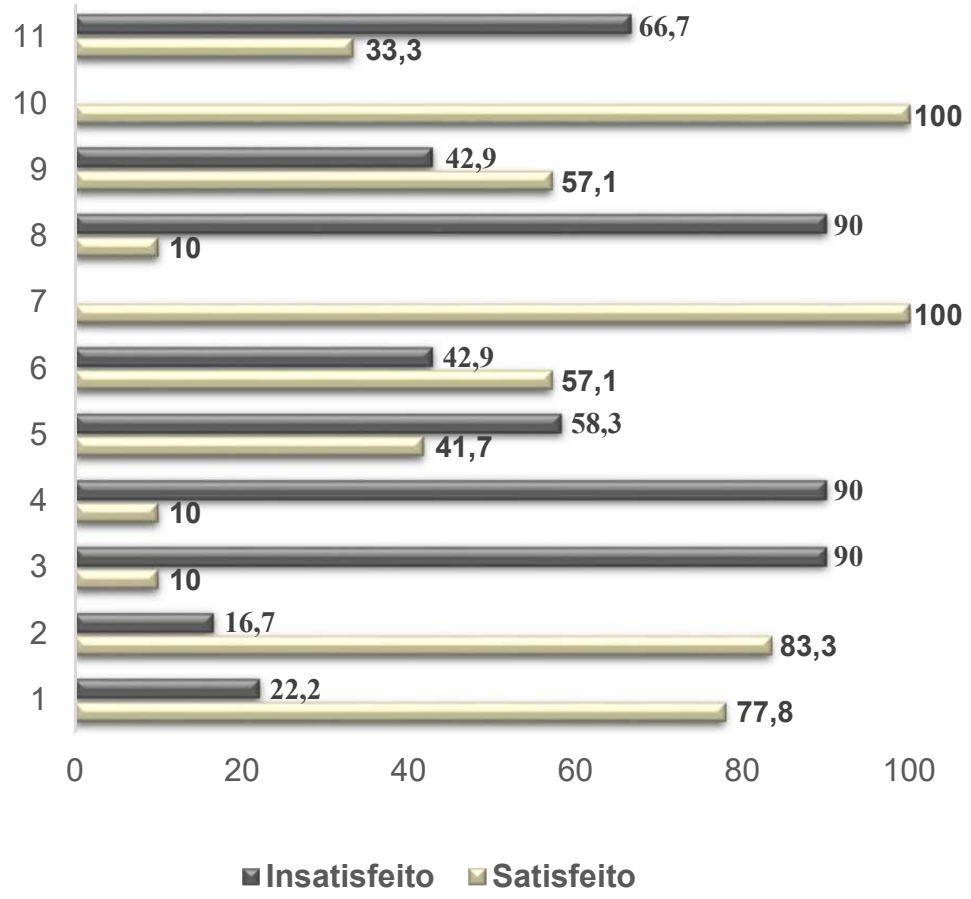


Figura 1 – Nível de satisfação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, em relação às condições de trabalho, que atuam em um município do Vale do Jequitinhonha/ MG, 2019.

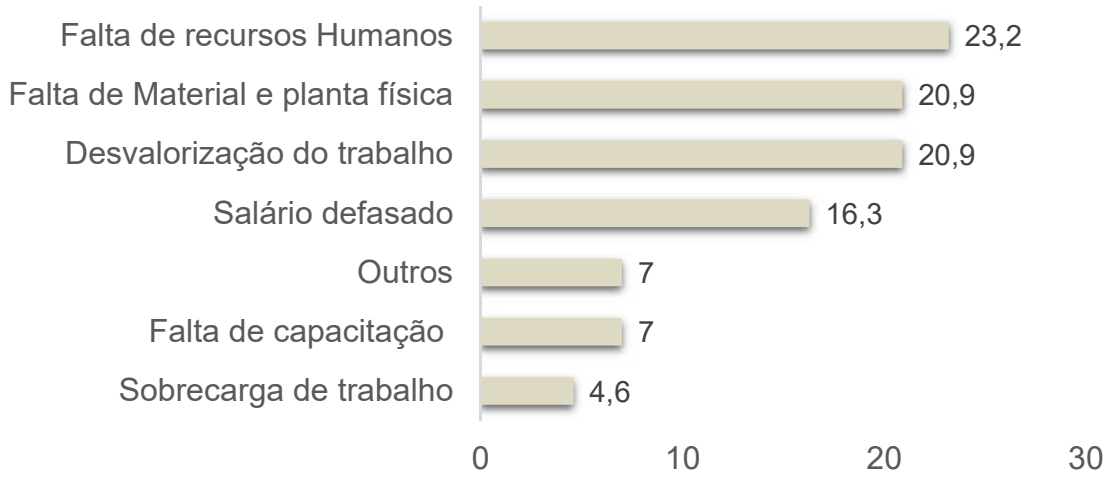


Figura 2 – Motivos da insatisfação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, em relação às condições de trabalho, que atuam em um município do Vale do Jequitinhonha/ MG, 2019.

Sugestões de Melhorias Pelos Profissionais das Equipes de Saúde da Família

A figura 3 mostrou as sugestões pelos profissionais que atuavam na APS do município. Vale ressaltar que 16,7% dos participantes da pesquisa sugeriram melhorias para desenvolver o trabalho na APS. Como sugestões de melhorias, a capacitação ficou em primeiro lugar sendo sugerida por (31,2%), melhoria das condições de trabalho ficou em segundo lugar com (25%), reorganização da equipe ficou em terceiro sendo sugerida por (18,7%) e ainda (6,2%) deles sugeriram melhoria em relação ao relacionamento com a equipe.

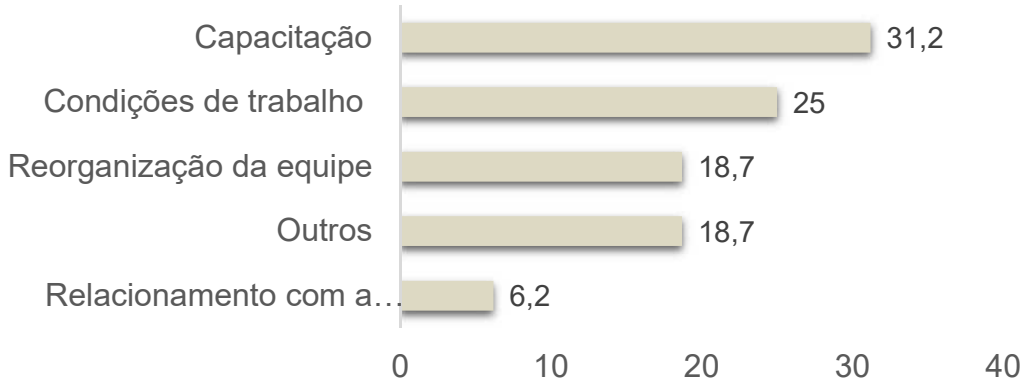


Figura 3 – Sugestões de melhorias das Equipes de Saúde da Família, em relação às condições de trabalho, que atuam em um município do Vale do Jequitinhonha/ MG, 2019.

DISCUSSÃO

Perfil Sociodemográfico dos Profissionais

Com o intuito de caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais que atuam nas ESF foi possível observar neste estudo o predomínio de profissionais que residiam no município local, entretanto, uma parcela considerável reside em outro município. A constatação de que uma parte dos profissionais reside em outro município pode ser um indicativo de insatisfação por parte da população avaliada. A distância da casa ao trabalho e dificuldades com transporte podem influenciar na rotina destes profissionais gerando transtornos em relação ao desenvolvimento de suas atividades. Os profissionais

de saúde são protagonistas da força de trabalho para o bom funcionamento do serviço da Atenção Básica. A carga de trabalho e responsabilidades atribuídas a estes profissionais é exaustiva sendo caracterizada por altas exigências psicológicas e emocionais. Dessa forma, a caracterização do perfil destes profissionais se faz necessária, visto que, na maioria das vezes estão voltados para a assistência dos pacientes esquecendo do seu próprio cuidado (NUNES et al., 2010; LORENZ; GUIRARDELLO, 2014; TAMBASCO et al., 2017).

Em relação a variável gênero verificou-se predomínio da população feminina no presente estudo. Gonçalves et al., ao descrever o perfil dos cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos que atuam nas ESF de Montes Claros/MG observaram que 71,7% dos sujeitos da pesquisa eram do sexo feminino (GONÇALVES et al., 2014). Este mesmo autor afirma que essa proporção entre homens e mulheres na área de saúde tem mudado ao longo dos anos e que atualmente existe uma tendência de aumento da população feminina nas diversas categorias profissionais da área da saúde. Ainda neste trabalho o autor enfatiza que embora na enfermagem o sexo feminino seja predominante, o sexo masculino tem aumentado nessa profissão. Alguns autores relatam que a trajetória sócio histórica da enfermagem contribuiu para que houvesse predomínio do sexo feminino na profissão, entretanto, vale lembrar que outros profissionais fazem parte das ESF corroborando confirmando com as informações citadas acima (GONÇALVES et al., 2014; LORENZ; GUIRARDELLO, 2014; TAMBASCO et al., 2017). Ao estudar o perfil dos ACS da região nordeste do Brasil, Simas & Pinto, verificaram que 76,5% dos profissionais eram do sexo feminino e relataram que esse predomínio de mulheres nessa categoria profissional acompanha a tendência de diferentes categorias na área de saúde (SIMAS; PINTO, 2017). Outros trabalhos mostram o predomínio do sexo feminino nas ESF confirmando os dados do presente estudo (MEDEIROS et al., 2016; COSTA et al., 2014; GARCÍA-RODRIGUEZ, 2015 et al.; BRACARENSE et al., 2015).

Ainda sobre os dados sociodemográficos a raça/cor parda foi predominante neste estudo corroborando com os estudos realizados por Simas & Pinto (SIMAS; PINTO, 2017). onde foi caracterizado o perfil dos ACS da região Nordeste e verificou-se que 66,2% deles se autodeclararam de raça/cor parda. Entretanto, em um outro estudo onde foi avaliado as condições de saúde e

qualidade de vida de profissionais da atenção básica no Rio Grande do Sul verificou-se que 79% dos entrevistados se autodeclararam de raça/cor branca. Essa diferença reflete padrões históricos de ocupação nas diferentes regiões do país e pode ser confirmada pelos dados do Censo Demográfico de 2010 que mostra a existência de maior proporção de negros e pardos nas Unidades da Federação das Regiões Nordeste e Norte e de brancos na Unidade da Federação da Região Sul (IBGE, 2010).

Neste estudo verificou-se que a maior frequência de profissionais da APS era de casados, entretanto, isso não foi observado em outros grupos que desenvolveram o mesmo tipo de trabalho. Nestes grupos foi observado maior frequência de indivíduos solteiros (LORENZ; GUIRARDELLO, 2014; TAMBASCO et al., 2017).

Dados Ocupacionais das Equipes de Saúde da Família

Para se realizar o diagnóstico do nível de satisfação dos profissionais de saúde é importante compreender alguns aspectos relacionados aos dados ocupacionais. Segundo a Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 as ESF devem ser compostas pelas seguintes categorias profissionais: Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de Enfermagem, Médico, ACS, Cirurgião Dentista, Técnico de Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal (BRASIL, 2017). Foi observado neste estudo que as categorias de profissionais exigidas pela Portaria que regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica estão presentes nas ESF do município local, entretanto, a maior parte das ESF estavam com o seu quadro de categorias profissionais incompletas.

É possível inferir que as equipes das ESF do município se encontram incompletas devido à instabilidade do vínculo profissional, consequentemente os profissionais que trabalham nessas equipes encontram-se insatisfeitos. Alguns dos motivos apresentados por eles foram: falta de material/infraestrutura física, salário defasado, falta de recursos humanos, desvalorização e sobrecarga de trabalho e ainda a falta de capacitação (figura 2). Segundo Gonçalves, et al. é importante valorizar o profissional da Atenção Básica por meio de vínculos profissionais mais estáveis. Segundo os autores, as instabilidades dos vínculos profissionais com o sistema municipal geram problemas de planejamento a longo prazo (GONÇALVES et al., 2017).

Em relação a qualificação profissional a Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 afirma que é importante qualificar os profissionais para a gestão e atenção à saúde por meio da valorização dos mesmos dando condições para que possam ter acesso à educação permanente (BRASIL, 2017).

A maioria dos profissionais da APS do município local não estavam estudando. Sabe-se que é de extrema importância a educação continuada para os profissionais da saúde. A educação de forma contínua, além de fornecer assistência de qualidade preenche lacunas da formação destes profissionais. Outra questão importante está relacionada às novas descobertas e formas de tratamento que devem ser de conhecimento de todos os profissionais da saúde (MARCONDES et al., 2015). Um dos motivos que deixaram os profissionais da APS do município insatisfeitos foi a falta de capacitação.

A formação dos profissionais da ESF é muito diversa, tanto em relação as diferentes categorias quanto na mesma categoria. Instituições de ensino com projetos pedagógicos e currículos diferentes trazem benefícios para a comunidade local, mas também podem trazer divergências em relação aos métodos usados. Isso pode ocorrer até mesmo pelas diferenças de territorialidade. Neste sentido a capacitação vem auxiliar na uniformização das informações para aquele público que trabalha junto à uma comunidade. É necessário que a capacitação para estes grupos seja adequada para a realidade territorial da população. Dessa forma, a resolubilidade dos problemas será direcionada para as questões daquela população ou daqueles indivíduos. Portanto, a educação para a ESF deve ser definida pelo próprio grupo de trabalho para que os mesmos sejam protagonistas da sua qualificação profissional. Entretanto, é importante que os gestores das ESF participem efetivamente desse processo, conhecendo estes profissionais, afim de, identificar os maiores gargalos em relação a capacitação deste público (MARCONDES et al., 2015; MARTINS; SOUZA, 2017).

O profissional da enfermagem tem um papel fundamental na capacitação dos profissionais inseridos na APS, geralmente por este profissional ser o coordenador da ESF. Sabe-se que nas diretrizes curriculares para a formação do enfermeiro a educação continuada faz parte do requisito para o exercício da pratica profissional. Por meio de alguns trabalhos desenvolvidos

verificou-se que o enfermeiro é o melhor profissional para realizar as atividades de capacitação nas ESF (MARCONDES et al., 2015).

Neste estudo foi avaliado o tempo de serviço dos profissionais das ESF. Esse dado chamou atenção, pois a frequência foi maior de indivíduos que apresentavam tempo de trabalho ente 0 a 1 ano. Rizzotto et al. verificaram que 76% dos profissionais da APS fazem parte da equipe há no máximo 5 anos (RIZZOTTO et al., 2014). Em um outro trabalho realizado por Medeiros et al. observaram que 62% dos profissionais tinham no máximo 5 anos de atuação no serviço (MEDEIROS et al., 2016). Simas & Pinto ao analisarem o tempo de atuação no serviço de APS dos ACS verificaram que 25,6% dos ACS no Brasil e 34,2% na Região Nordeste possuem tempo de serviço entre 11 e 15 anos (SIMAS; PINTO, 2017). Esse tempo de trabalho superior ao encontrado no nosso estudo e nos estudos realizados por outros autores pode ser justificado pela forma de contratação dos ACS no trabalho realizado por Simas & Pinto, pois a maioria foi inserida por meio de concurso público (SIMAS; PINTO, 2017). No presente estudo não foi avaliado a forma de contratação dos profissionais, entretanto, alguns autores relatam a importância da fragilidade e informalidade dos vínculos ofertados. Sabe-se que a forma de contratação e o vínculo que se estabelece entre o profissional e o serviço interferem diretamente no nível de satisfação (COTTA et al., 2006; SIMAS; PINTO, 2017).

Pode-se inferir por meio da análise do tempo de serviço que existe insatisfação dos profissionais da APS do município em estudo, uma vez que, a maioria tem tempo de atuação no serviço de até 1 ano, mostrando certa fragilidade e talvez a informalidade na forma de contratação. De acordo com Giovanella et. al. a satisfação do profissional está relacionada à forma de contratação e ao plano de carreira profissional (GIOVANELLA et al., 2016). No presente estudo não separou por categoria o tempo de serviço dos profissionais da APS. Entretanto, Gonçalves et al., relatam que 70% dos médicos da APS possuíam vínculos com outras instituições enquanto apenas 25% dos cirurgiões dentistas e enfermeiros tinham outros vínculos, mostrando maior satisfação da categoria médica. O vínculo com outras instituições está relacionado a complementação salarial, insatisfação com as atividades desenvolvidas, insegurança com o vínculo com a ESF e também questões política-eleitorais (GONÇALVES et al., 2014). Em relação a categoria médica foi observado que o

Programa Mais Médicos tem sido um importante suporte para as ESF, pois o mesmo garante a estabilidade daquele profissional (GIOVANELLA et al., 2016).

Condição de Saúde das Equipes de Saúde da Família

A rotina dos profissionais de saúde é estressante, pois os mesmos convivem frequentemente com o sofrimento, doenças e morte em suas atividades diárias. Tendo em vista a importância da saúde do trabalhador para o melhor desempenho e satisfação no trabalho foi observado neste estudo que 76% dos profissionais declararam ter saúde física ótima ou boa. Medeiros et al., observaram que 60% dos profissionais da APS possuem dores ou queixas físicas. Dentre as queixas físicas eles verificaram que a dor musculoesquelética é a principal causa de dor crônica (MEDEIROS et al., 2016). Saúde física relacionada a doença foi associada ao aumento das cargas de trabalho, transporte de materiais pesados, exposição a violência, ausência de colegas adoecidos e falta de entrosamento com a equipe (SCHERER, 2016). Por estes motivos, estes trabalhadores estão expostos a uma série de transtornos físicos e psicológicos. O aparecimento de doenças físicas bem como o agravamento das existentes podem corroborar na perda ou redução da capacidade produtiva gerando insatisfação no ambiente de trabalho e prejuízos para o setor onde este trabalhador está inserido. Dessa, forma é de extrema importância avaliar as condições de saúde das pessoas responsáveis pelo cuidado. É preciso cuidar de quem cuida (SCHERER et al., 2016).

Os dados obtidos nesse estudo mostram que 67,7% dos participantes declararam possuir saúde mental regular e ruim. Medeiros et al. relataram que 48% dos trabalhadores da APS enfrentaram algum problema depressivo e destes 60% não procuraram ajuda (MEDEIROS et al., 2016). No município de Botucatu (SP) 42% dos profissionais da APS apresentaram Transtornos Mentais Comuns (TMC). Estes trabalhadores estavam sendo submetidos a fatores estressantes no trabalho e, portanto, demandas psicológicas elevadas (SCHERER et al., 2016). Alguns fatores como ritmo acelerado, trabalho parcelado, monótono e repetitivo, dificuldades na comunicação com os colegas de equipe, agressão pelos usuários, fadiga, estresse e insatisfação são responsáveis pela saúde mental dos profissionais de saúde (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Diversas categorias profissionais tem apresentado problemas de saúde relacionado ao estresse e insatisfação com o trabalho. Os ACS do município de Santa Maria/RS apresentaram maior tendência ao desgaste psicológico por pertencerem a comunidade na qual trabalham. O fato de morar e residir na mesma comunidade expõe o trabalhador e aumenta a carga de trabalho do mesmo gerando uma fonte de sofrimento psicológico para o trabalhador (MEDEIROS et al., 2016). De acordo com Scherer et al, os enfermeiros são os primeiros profissionais que o público tem contato na APS, e assim, estão sujeitos a aceitação e empatia pela comunidade atendida (SCHERER et al., 2016).

A APS é um serviço que demanda muito dos trabalhadores, visto que possui grande carga de trabalho, contato direto com o usuário e pouca resolubilidade. Todos estes fatores contribuem para o desgaste físico e emocional dos profissionais da APS colocando em risco a assistência ao usuário. Apesar destes profissionais serem responsáveis pela promoção da saúde suas práticas de autocuidado não são condizentes com o trabalho que exercem (MEDEIROS et al., 2016).

Outro fator interessante encontrado no presente estudo foi que 66,7% dos profissionais da APS não praticam atividade física. Estes dados são semelhantes aos encontrados na literatura que mostram que 50% dos profissionais da APS de Santa Maria/RS não praticam atividade física e ainda 40% não realizam atividades de lazer. A falta de tempo para cuidarem de si foi o fator mais citado pelos profissionais. Os profissionais da APS possuem dificuldades de aderirem a comportamentos saudáveis, como por exemplo, a pratica de atividade física, fato justificado pela vida estressante e carga de trabalho excessiva (MEDEIROS *et al*., 2016).

Nível de Satisfação dos Profissionais das Equipes de Saúde da Família em Relação às Condições de Trabalho

Diante do exposto, considera-se necessário avaliar o nível de satisfação dos profissionais das ESF do município estudado, haja visto, a importância desses profissionais para a APS. O nível de satisfação das ESF estudadas variou consideravelmente entre as equipes. Foi observado que existem equipes 100% satisfeitas e equipes 90% insatisfeitas. Alguns fatores são responsáveis pela diferença entre o nível de satisfação das ESF, dentre eles, falta de

material/infraestrutura física para desenvolver o trabalho. Neste trabalho, este foi um dos maiores motivos de insatisfação listados pelos profissionais. A falta de recursos materiais foi a segunda maior queixa dos profissionais da APS de três Regiões do Brasil, Sul, Norte e Centro-Oeste. Estes profissionais relataram que para desenvolver o trabalho de forma correta e padronizada é necessário que se tenha recursos disponíveis. Eles ainda citaram que a falta de recursos leva a desmotivação e aumenta a carga de trabalho (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010). Outra questão abordada por estes profissionais é que a falta de material causa um problema ainda maior na APS. O usuário busca o atendimento e por falta de recurso não é atendido e dessa forma esse usuário muitas vezes não volta para realizar aquele procedimento. Com isso, um problema de saúde que era simples e poderia ser resolvido na APS evolui para uma doença grave e acaba sendo encaminhado para um atendimento de nível de complexidade média a alta (BRAGA; CARVALHO; BINDER 2010). Tanto a falta de estrutura física adequada quanto a falta de recursos materiais resultam em sofrimento do profissional e estão diretamente relacionados à qualidade dos serviços ofertados.

O segundo motivo de insatisfação dos profissionais da APS do município estudado foi o salário defasado. As formas de contrato e a acumulação de vínculos de trabalho são alguns dos motivos que justificam a insatisfação com o salário de 50% dos profissionais da APS do município de Teixeiras / MG (COTTA et al., 2006). A insatisfação salarial é um dos maiores motivos para a sobrecarga de trabalho. Além disso, existe insatisfação em relação aos auxílios creche e alimentação. Alguns profissionais entrevistados relataram que outras categorias profissionais possuem salários melhores que os profissionais de saúde (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Vale ressaltar que a satisfação no trabalho interfere no processo saúde-doença dos envolvidos e que isso reflete na qualidade dos serviços prestados bem como na vida pessoal do indivíduo. Por esse motivo é importante que os gestores do sistema de saúde tenham ciência das dificuldades enfrentadas por estes profissionais afim de tomar providencias para a resolubilidade dos problemas.

Sugestões de Melhorias Pelos Profissionais das Equipes de Saúde da Família em Relação às Condições de Trabalho

As principais sugestões pelos profissionais avaliados neste estudo foram melhorias nas condições de trabalho, capacitação, relacionamento com a equipe e reorganização da equipe. As sugestões de melhorias vão de encontro com os motivos de insatisfação citados pelos sujeitos da pesquisa. Dentre eles, vale destacar a sugestão de capacitação. Diversos trabalhos apontam para a importância da educação continuada em saúde, contudo, é perceptível as barreiras enfrentadas para implementação efetiva da educação continuada. Fatores como estrutura física da instituição, desorganização do serviços e falta de tempo constituem alguns dos motivos para a pouca eficácia das capacitações. Ainda são relatados pelos autores que a educação continuada não deve ser uma responsabilidade exclusiva dos serviços, ela deve partir também do próprio indivíduo (MARCONDES et al., 2015; MARTINS; SOUZA, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na literatura não existem dados sobre o perfil dos profissionais que atuam nas ESF do município em estudo. Sabe-se que quando se estuda uma comunidade os dados relativos ao território são peculiares a cada região. A limitação deste estudo refere-se ao fato de que as informações utilizadas foram autorreferidas.

Foi identificado que o tempo de serviço e equipe completa constituem elementos importantes para a satisfação dos profissionais em relação ao trabalho. Em relação ao tempo de serviço acredita-se que melhorando o vínculo trabalhista, principalmente por meio de concursos, aumenta-se afinidade do profissional com a ESF promovendo equipes mais estáveis. Para melhorar o nível de satisfação dos profissionais da APS será necessário ampliar o quadro de funcionários para reduzir a carga de trabalho das equipes.

É necessário que os gestores, coordenadores e demais categorias envolvidas nas ESF conheçam as peculiaridades locais para que as ações de capacitação sejam direcionadas individualmente. Envolver o profissional de saúde na construção da sua capacitação seria uma forma de tornar o processo mais eficaz. É importante melhorar o diálogo entre os gestores e os profissionais de saúde. Sugere-se que outros estudos sejam realizados no sentido de

complementar o trabalho realizado contribuindo para a gestão do trabalho na APS do município.

REFERÊNCIAS

BRACARENSE, C.F.; COSTA, N.S.; DUARTE, J.M.G.; FERREIRA, M.B.G.; SIMÕES, A.L.A. Qualidade de vida no trabalho: discurso dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v.19, n.4, p. 542-548, 2015.

BRAGA, L.C.; CARVALHO, L.R.; BINDER, M.C.P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p. 1585–1596, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf .Acesso em: 10 maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.Acesso em: 10 maio de 2019.

COSTA, F.M.; GRECO, R.M.; BOHOMOL, E.; ARREGUY-SENA, C.; ANDRADE, V.L. Opinião dos trabalhadores de enfermagem sobre um programa de melhoria contínua da qualidade de um hospital universitário. **Einstein**, v.12, n.2, p. 211–216, 2014.

COTTA, R.M.M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C.M.; FRANCESCHINI, S.C.C.; PRIORE, S.E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 07-18, 2006.

GARCIA, G.P.A.; MARZIALE, M.H.P. Indicadores de esgotamento profissional em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n.5, p. 2334-2342, 2018.

GARCÍA-RODRIGUEZ, A.; GUTIERREZ-BEDMAR, M.; BELLÓN-SAAMEÑO, J.A.; MUÑOS-BRAVO, C.; NAVAJAS, J.F.C. Entorno psicosocial y estrés em trabajodores sanitários de la sanidade pública: diferencias entre atencíon primaria y hospitalaria. **Atención Primaria**, v. 47, n.6, p. 359-366, 2015.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; FAUSTO, M.C.R.; ALMEIDA, P.F.; BOUSQUAT, A.; LIMA, J.G.; SEIDL, H.; FRANCO, C.M.; FUSARO, E.R. ALMEIDA, S.Z.F. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2697-708, 2016.

GONÇALVES, C.R.; CRUZ, M.T.; OLIVEIRA, M.P.; MORAIS, A.J.D.; MOREIRA, K.S.; RODRIGUES, C.A.Q.; LEITE, M.T.S. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Revista Saúde Debate**, v. 38, n.100, p. 26-34, 2014.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística .Censo Demográfico 2010 Características Gerais da População. 2010. Disponível em: https://censo2010.ibge.gov.br/ . Acesso em 17 de maio de 2019.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2018. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/diamantina/panorama .Acesso em 19 de julho de 2019.

LORENZ, V.R.; GUIRARDELLO, E.B. O ambiente da prática profissional e Burnout em enfermeiros na atenção básica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n.6, :926–933, 2014.

MARCONDES, F.L.; TAVARES, C.M.M.; SANTOS, G.S.; SILVA, T.N.; SILVEIRA, P.G. Capacitação profissional de enfermagem na atenção primária à saúde: Revisão integrativa. **Revista Pró- UniverSUS**, v.6, n. 3, p. 09-15, 2015.

MARTINS, R.A.S.; SOUZA, C.A. A educação em saúde no contexto da atenção primária em saúde. **Revista Família Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 3, n. 5, p. 282-288, 2017.

MEDEIROS, P.; SILVA, L.; AMARANTE, I.; CARDOSO, V.; MENSCH, K.; NAMAN, M.; SCHIMITH, M.D. Condições de saúde entre Profissionais da Atenção Básica em Saúde do Município de Santa Maria. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 20, n. 2, p.115–122, 2016.

NUNES, M.B.G.; ROBAZZI, M.L.D.C.C.; TERRA, F.D.S.; MAURO, M.Y.C.; ZEITOUNE, R.C.G.; SECCO, I.A.D.O. Riscos ocupacionais dos enfermeiros atuantes na atenção à saúde da família. **Revista Enfermagem,** v. 18, n.2, p. 204-209, 2010.

RIZZOTTO, M.L.F.; GIL, C.R.R.; CARVALHO, M.; FONSECA, A.L.N.; SANTOS, M.F. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde Debate**, v. 38, n. Especial, p. :237-251, 2014.

SEIDL, H.M.F.; VIEIRA, S.P.; FAUSTO, M.C.R.; LIMA, R.C.D.; GAGNO, J.L. Gestão do trabalho na atenção básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Revista Saúde Debate**, v. 38, n. especial: 94-108, 2014.

SCHERER, M.D. A.; OLIVEIRA, N.A.; PIRES, D.E.P.; TRINDADE, L.L.; GONÇALVES, A.S.R.; VIEIRA, M. Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na atenção primária à saúde no brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n.1, p. 89–104, 2016.

SIMAS, P.R.P.; PINTO, I.C.M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.6, p. 1865–1876.

TAMBASCO, L.P.; SILVA, H.S.; PINHEIRO, K.M.K.; GUTIERREZ, B.A.O. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Revista Saúde Debate**, v. 41, n. Especial 2, p.140–151, 2017.

"VIVI, ESTUDEI, AMEI, E ATÉ CRI"[1]: REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE A SOLIDÃO NO IDOSO BRASILEIRO

"I Lived, Studied, Loved, and Even Believed": Systematic Review About Loneliness in Brazilian Elderly

ALMEIDA, Priscilla Kelly Pereira de
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN

SENA, Rômulo Mágnus de Castro
Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

DANTAS, Juliana Leilany de Lima
Universidade Federal Rural do Semi-Árido – UFERSA

TRIGUEIRO, Jaira Gonçalves
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN

PESSOA JUNIOR, João Mário
Universidade Federal Rural do Semi-Árido – UFERSA

NASCIMENTO, Ellany Gurgel Cosme do
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN

RESUMO: Objetivo: explorar como a literatura especializada e atualizada na área da saúde, tem abordado a problemática da solidão no idoso brasileiro. Método: Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, norteada pela questão de pesquisa: Como a literatura especializada e atualizada na área da saúde aborda a problemática da solidão no idoso brasileiro? A busca bibliográfica com os descritores "idoso" e "solidão", no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015, foi realizada em bases de dados do portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Resultados: Ao cabo do processo 14 artigos foram selecionados, os quais abordavam os aspectos emocionais dos idosos, a saber: relação entre cuidadores e idosos, estado emocional e qualidade de vida; conhecimento sobre envelhecimento, autocuidado e ajustamento psicossocial; enfrentamento e adaptação; relações com o ambiente de cuidado e os sentimentos desses sujeitos acerca da nova condição. Conclusões: o fenômeno da solidão no idoso brasileiro, tem sido retratada e referida como uma experiência subjetiva desagradável, com afetação da dimensão psicoemocional desses sujeitos. E, a relação entre abandono objetivo e solidão, embora real, como acontece nos asilos, pode se manifestar de maneira mais insidiosa dentro dos próprios lares.

Palavras-chave: Idoso; Solidão; Revisão.

Abstract: Objective: To explore how specialized and up-to-date literature on health area has addressed the problem of loneliness in Brazilian elderly. Method: It's a systematic literature review, guided by the research question: How does the specialized and updated literature in health area address the problem of

[1] Pessoa por Álvaro de Campos. *Tabacaria.*1933.

loneliness in Brazilian elderly? The bibliographic search with the descriptors "elderly" and "Loneliness", from January 2011 to December 2015, was carried out in databases of the portal of Virtual Health Library (VHL). Results: At the end of process 14 articles were selected, which addressed the emotional aspects of elderly, namely: Relationship between caregivers and elderly, emotional state and quality of life; Knowledge about aging, self-care and psychosocial adjustment; Confrontation and adaptation; Relationships between the environment of care and the feelings of these subjects about the new condition. Conclusions: Phenomenon of loneliness in Brazilian Elderly has been portrayed and referred to as an unpleasant subjective experience, with affectation of psychoemotional dimension of these subjects. And, the relationship between objective abandonment and loneliness, although real, as it happens in asylums, may manifest more insidiously inside their homes.

Keywords: Elderly; Loneliness; Review.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem-se observado um crescimento demográfico com grandes transformações sociais. Se por um lado se usufrui dos avanços advindos da revolução técnico-científica, por outro, essas aquisições tem imprimido profundas mudanças na dinâmica das relações familiares, corroborando para um cenário de envelhecimento alheio ao convívio familiar (AZEREDO; AFONSO, 2016). Não raro, os membros da família se encontram indisponíveis, ou se sentem despreparados para exercer o papel de cuidador do parente, ou ainda, se sentem sobrecarregados por essa responsabilidade (ZIMERMAM, 2000; CALDAS, 2002), vindo a se tornarem cuidadores mais por uma imposição circunstancial do que por uma escolha pessoal (LOUREIRO et al, 2014).

No Brasil, a questão do abandono, do descaso, do desrespeito e da indiferença para com o idoso, é uma realidade bem frequente, somando-se a isso, o declínio motivacional nessa fase da vida, decorrente desses sentimentos e estados de solidão, têm concorrido para maiores chances de isolamento social e, consequentemente, de depressão. Daí a necessidade do desenvolvimento de senso de empatia nas gerações mais jovens (PORTO; KOLLER, 2003; KARAM, 2014).

Tal realidade tem ocorrido no momento em que o idoso carece de maior valorização, pelo afastamento da vida laboral, e por isso anseia mais do que nunca por atenção principalmente da família, haja vista ela ser considerada o

porto seguro desde o nascimento, e o primeiro referencial de socialização e de estabelecimento de vínculos, sendo responsável pelo equilíbrio físico, psíquico e afetivo (BERTOLIN; VIECILI, 2014). Desse modo, explorar como a literatura especializada e atualizada na área da saúde, tem abordado a problemática da solidão no idoso latino, constitui-se como o objetivo deste estudo.

MÉTODO

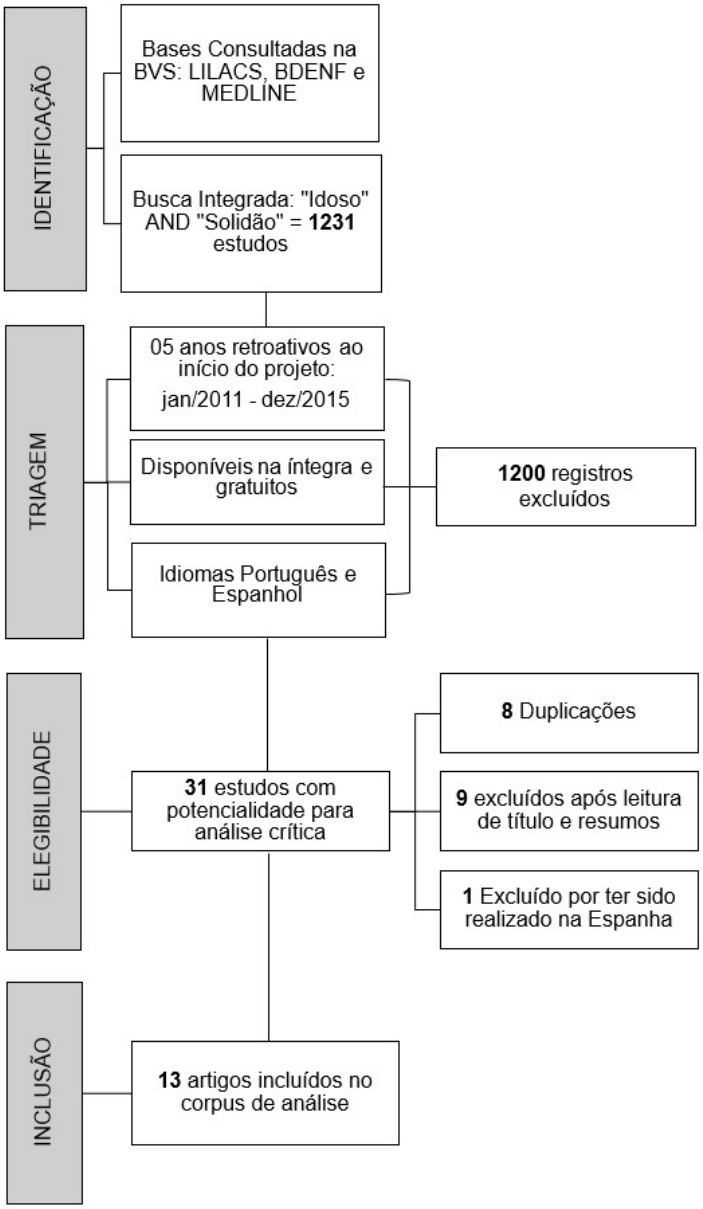
O presente artigo é fruto do projeto institucionalizado na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, através do Comitê Institucional de Pesquisa e Inovação - CIPI, Edital Nº 006/2015-DPI/PROPEG/UERN, com período de vigência de 12/04/2016 a 12/04/2017.

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, que utilizou os procedimentos metodológicos baseados nas proposições de Figueiredo, Silva e Mendes (2014). Inicialmente, definiu-se a questão de pesquisa: "*Como a literatura especializada e atualizada na área da saúde aborda a problemática da solidão no idoso brasileiro? "*. Em seguida, foram estabelecidas as bases de dados, utilizando-se como critério estas publicarem artigos de relevância na área da saúde. As buscas bibliográficas foram realizadas no portal Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na qual foram consultadas as bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos, Base de dados de enfermagem (BDENFE) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE).

Foram utilizados os descritores "idoso" e "solidão", de forma associada, para fazer uma busca integrada abrangendo o título, o resumo e as palavras-chave, o que inicialmente resultou em 1231 estudos. Este procedimento foi adotado a fim de proporcionar a viabilidade e a abrangência deste estudo. Posteriormente, a leitura e a classificação dos títulos e resumos foram efetuadas por dois pesquisadores de forma independente. Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos publicados nos 05 anos retroativos a vigência do projeto, durante o período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015, os quais estivessem disponíveis na íntegra e gratuitos, nos idiomas português e espanhol, e que atendessem ao objetivo do presente trabalho. Ao cabo desse processo foram eliminados 1200 estudos.

Dos 31 estudos restantes, 1 foi excluído porque tinha sido desenvolvido na Espanha, 8 apresentavam-se duplicados e 9 foram excluídos por não fazerem referência a “idoso” no título, ou esse não ser o principal assunto tratado nos resumos. As buscas dos dois examinadores foram comparadas; assim, nos casos em que o título e o resumo não foram esclarecedores, o artigo foi buscado na íntegra, sendo possíveis discordâncias resolvidas por um terceiro examinador. Tal processo pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma do Processo de Seleção dos Artigos que compuseram a Revisão Sistemática



Conforme a Figura 1, após aplicados os critérios de inclusão, restaram apenas 13 artigos elegíveis para esta pesquisa. Passou-se então a leitura minuciosa e catalogação desses artigos numa planilha, que contemplou: título, autores, revista/ano de publicação, base de dados, objetivos, participantes (critérios para seleção da amostra e tipo de amostra), intervenção (procedimentos utilizados), local onde a pesquisa foi realizada (cidade/estado/país/local), resultados obtidos, limites/dificuldades e conclusões/considerações finais.

RESULTADOS

O levantamento nas bases de dados resultou em treze artigos incluídos nesta revisão, cujos dados de catalogação podem ser observados na Tabela 1.

TABELA 1: Catalogação de artigos a partir dos descritores “idoso” e “solidão”, no período 2011-2015.

AUTORES	TÍTULO	REVISTA	ANO	BASES DE DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Schuck e Antoni	Resiliência e Vulnerabilidade no Cuidado com o Idoso Dependente: Um Estudo de Caso	Temas em Psicologia	2014	Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos e LILACS	Fatores de risco relacionados ao envelhecimento: sentimento de solidão e inutilidade, sobrecarga e estresse da cuidadora e a falta de apoio social formal e informal. Já os fatores protetivos encontrados foram: positividade e crença religiosa, ajuda de familiares e presença de uma equipe de saúde que prestava cuidados domiciliares.
Dallagnol, Schmidt e Argimon	Estados Emocionais de Idosas a Partir do Teste de Apercepção Temática	PSICO (Porto Alegre)	2014	Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos e LILACS	As necessidades internas de cumprimento do papel materno e emoções apontaram para o desejo de idosas se manterem ativas, felizes e altruístas, revelando ansiedades ao medo de perdas, solidão, dependência e preocupação em relação ao futuro.
Carmona, Colto e Scorsolini-Comin	A experiência de solidão e a rede de Apoio social de idosas	Psicologia em Estudo	2014	Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos	As idosas avaliaram a solidão ora com um sentimento negativo, devido a experiência de estarem só; ora como algo enriquecedor por propiciar um contato maior com a própria individualidade e atividades prazerosas realizadas sem a presença de outros.
Andrade et al	Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	2014	LILACS	Os discursos coletivos foram representados por: 1) razões/motivos para idosos buscarem grupos de convivência; 2) importância dos encontros com o grupo para os idosos; 3) mudanças ocorridas na vida após o ingresso no grupo. Donde se puderam extrair as ideias centrais de: solidão, lazer, convivência, liberdade, mudanças e vontade de viver.
Vicente et al	Estudo longitudinal dos fatores associados à evolução de sintomas depressivos em idosos institucionalizados	Jornal Brasileiro de Psiquiatria	2014	LILACS	59,0% dos idosos mantiveram depressão e 10,8% a desenvolveram, agravando os sentimentos de solidão, de sintomas ansiosos e do afeto negativo, no decurso de dois anos.
Porto, Roecker e Salvagioni	O envelhecer e a morte: compreendendo os sentimentos de idosos institucionalizados	Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria	2013	BDENF	Emergiram três categorias temáticas: 1) Apreendendo o envelhecer, 2) desvelando a morte e 3) sentindo a institucionalização. O envelhecimento foi entendido como processo natural, ainda que alguns não se reconhecessem nele. A morte foi desejada por se relacionar com a institucionalização. Sendo tal situação referida com sentimentos de solidão, frustração ou abandono.

Carvalho-Barreto e Lima	Transição da pós-parentalidade no contexto do sertão cearense	Psicologia Clínica	2013	Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos e LILACS	A saída dos filhos de casa foi encarada como uma perda inicialmente, passando-se a aceitação a posteriori, refletindo as mudanças nas relações conjugal e parenteral.
Santos, Tura e Arruda	As Representações Sociais de “pessoa velha” construídas por Idosos	Saúde e Sociedade	2013	LILACS	A experiência do envelhecer compôs o sistema central de representações. Sendo o sistema periférico constituído por Carinho, Sabedoria, Saúde, Pai-Mãe-Tia, Dificuldade, Abandono, Alegria, Respeito, Excluída, Aposentado, Cansada, Cuidado e Exercícios. E o sistema intermediário formado por Doença, Idoso, Dedicação, Preconceito, Tristeza, Paciência, Avô, Discriminação, Rabugenta, Solidão, Ultrapassada.
Baldissera e Bueno	O lazer e a saúde mental das pessoas hipertensas: convergência na educação para a saúde	Revista da Escola de Enfermagem USP	2012	LILACS	O lazer foi percebido como: estratégia de enfrentamento da solidão; construção tardia de independência; socialização e promoção de saúde mental.
Oliveira e Caldana	As Repercussões do Cuidado na Vida do Cuidador Familiar do Idoso com Demência de Alzheimer	Saúde e Sociedade	2012	LILACS	As renúncias dos familiares aparecem como uma repercussão negativa do cuidado ao idoso com demência de Alzheimer.
Oliveira et al	Diagnósticos de enfermagem de idosos cadastrados em estratégias de saúde da família em um município do interior de Goiás	Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro – RECOM	2011	BDENF	Dos 28 Diagnósticos de Enfermagem identificados, o Risco de Solidão apareceu em 38.6% da amostra, sendo o 4º diagnóstico mais frequente.
Pereira e Neves	Os idosos e as TIC – competências de comunicação e qualidade de vida	Revista Kairós Gerontologia	2011	Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos e LILACS	A utilização do computador e da Internet diminuiu a solidão e aumentou o acesso à informação, bem como a maior frequência de comunicação com familiares e amigos; aumentando consequentemente a Qualidade de Vida de pessoas idosas
Ferreira e Alves	Representação social do idoso do Distrito Federal e sua inserção social no mundo contemporâneo a partir da Internet	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	2011	LILACS	A partir das novas possibilidades oportunizadas aos idosos com a internet, rompeu-se com a visão negativa, fatalista e solitária, acerca da velhice.

Fonte: Elaborada pelos Autores, 2016.

Sobre os artigos, pode-se inferir ainda que todos foram redigidos no idioma português, língua oficial adotada no Brasil. No tocante a distribuição por revista, a grande maioria publicou apenas um trabalho. Dentro do corte temporal estipulado, não foi registrada nenhuma publicação no ano de 2015 abordando a especificidade da temática, ao passo que entre os anos de 2011, 2012 e 2013, encontrou-se uma distribuição paritária de três estudos em cada; e de cinco em 2014. Por fim, no que concerne as bases de indexação, a LILACS aparece como a de maior representatividade por catalogar dez artigos.

Quanto aos objetivos dos estudos, observou-se que, guardadas as peculiaridades de cada um, todos envolviam aspectos emocionais dos sujeitos, a saber: relação entre cuidadores e idosos, estado emocional e qualidade de vida; conhecimento sobre envelhecimento, autocuidado e ajustamento psicossocial; enfrentamento e adaptação; relações com o ambiente de cuidado e os sentimentos desses sujeitos acerca da nova condição.

No que se referem aos idosos participantes dos estudos, seis artigos fizeram um recrutamento tomando por base a perspectiva do território na atenção primária à saúde; e os demais consideraram a vinculação institucional, seja ela na forma de asilos ou nas relações sociofamiliares.

Apenas três trabalhos utilizaram uma abordagem quantitativa, e dentre os estudos qualitativos, os seis que assumiram limitações em suas investigações, demonstraram preocupação com o tamanho da amostra reduzida para a generalização dos resultados, o que chega a ser um contrassenso já que esse tipo de pesquisa não tem essa pretensão, a generalização que se faz aqui é de conceitos e não de reprodutibilidade de resultados. Um dado curioso e desafiador foi a incorporação de tecnologias da informação na melhoraria da qualidade de vida dos idosos.

Com relação às conclusões, de maneira geral os estudos apontam para uma abordagem resolutiva dos problemas advindos com essa etapa da vida, propondo um olhar para além das necessidades fisiológicas, e responsabilizando familiares e profissionais de saúde na promoção de um envelhecimento digno e com qualidade de vida enquanto direitos fundamentais.

DISCUSSÃO

A discussão a seguir foi estruturada com vistas a explorar os principais núcleos de sentidos emergentes dos achados constantes na coluna de "Principais Resultados" da tabela 1, e fundamentá-los à luz do referencial clássico e especializado da gerontologia; logo será apresentada em texto corrido abordando os seguintes eixos: 1) Perspectivas teóricas sobre a solidão no idoso; 2) Relação entre gênero e solidão em idosos, já que dois estudos foram realizados exclusivamente com mulheres; 3) Relacionamento e conflitos intrafamilares no processo de envelhecimento; 4) Ambiente de cuidado do Idoso; 5) Representações sobre o envelhecimento que acentuam a solidão; e 6) Suporte Psicossocial ao Idoso.

A solidão é um fenômeno complexo, de significado abrangente e de caráter subjetivo. Embora não exista um consenso único sobre sua conceituação, algumas abordagens teóricas e metodológicas têm surgido no intento de explicar suas diferentes causas e manifestações (PORTO; ROECKER; SALVAGIONI, 2013). Nesse sentido, três aspectos são comumente partilhados na literatura: 1) a solidão é uma experiência subjetiva que pode não estar relacionada com o isolamento objetivo; 2) esta experiência subjetiva é psicologicamente desagradável para o indivíduo; e 3) ela é resultante de uma forma de relacionamento deficiente (FÉLIX NETO, 2000, 1992).

A experiência da solidão guarda uma intrínseca relação com o gênero. Embora as mulheres sejam apontadas como as mais emotivas e mais susceptíveis a incidência de alguns transtornos mentais; os homens são mais fortemente afetados pelos sentimentos negativos advindos da solidão, uma vez que grande parte não está preparada para viver sozinha por não ter se habituado à realização de tarefas domésticas básicas como cozinhar, cuidar da casa, lavar e passar roupas dentre outros (USSEL, 2001).

Ainda que a sociedade venha passando por grandes transformações, com menor taxa de natalidade e inserção das mulheres no mercado de trabalho, permitindo uma reconfiguração da dinâmica familiar; isso não foi suficiente para alterar significativamente a posição do homem nesse contexto, e os sentimentos de incertezas de companhia durante o envelhecimento permanecem. A família

não tem mais se mostrado disponível para acolher essas pessoas, e quando a convivência se faz forçosa tem resultado em casos de violência psicológica, sendo perpetrados abusos e agressões emocionais, tão ou mais graves que a violência física (BERTOLIN; VIECILI, 2014).

Ao sofrer com o desafeto da família, os idosos podem apresentar uma aceleração no processo de degradação do organismo, culminando com o surgimento de doenças e/ou agravos à saúde. Quando abandonados afetivamente, tornam-se privados do convívio familiar saudável, de carinho, atenção e respeito, desencadeando grande tristeza, solidão e sensação de desamparo. Isso pode ser ainda mais perceptível nas vivências de idosos institucionalizados, cujos sentimentos de frustração e abandono aparecem como mobilizadores para a busca por grupos de convivência como estratégia de sociabilidade (KARAM, 2014; ANDRADE et al, 2014; PORTO; ROECKER; SALVAGIONI, 2013).

Desse modo, um ambiente sadio, domiciliar ou institucional, no qual predomine uma atmosfera harmoniosa entre as pessoas, possibilita o crescimento de todos. Favorece ainda a dissolução de preconceitos e do sentimento de solidão decorrente do abandono afetivo, que provocam retrocesso na vida do idoso e, interferem negativamente nas representações desta fase do desenvolvimento humano, influenciando nas percepções de autoestima, autoimagem, autoaceitação e bem-estar psicológico (ZIMERMAM, 2000).

Outra explicação para a fragilidade psíquica vivenciada pelos idosos pode está pautada numa velhice que, enquanto construção sócio-cultural, é sustentada pelo desejo contraditório de uma sociedade que quer viver muito, mas não quer envelhecer. Isso pode ser evidenciado pela grande quantidade de termos e expressões que são utilizadas para se referirem as pessoas idosas e a senescência, revelando uma negação do próprio processo de envelhecimento, e uma recusa em pensá-lo ou planejá-lo (PORTO; ROECKER; SALVAGIONI, 2013; PASCHOAL, 2002).

Esses estereótipos negativos sobre a senescência são o resultado das inúmeras influencias ao longo da história, o próprio modelo biomédico reforça isso ao enfatizar a funcionalidade física e mental. Algumas teorias sociológicas também tem discutido a velhice como um problema, acentuando o afastamento recíproco entre idoso e sociedade. Por isso que as políticas públicas formuladas

para essa população não tem sido eficazes em combater preceitos negativos (NERI, 2005).

Tem-se estimulado com afinco o comprometimento da comunidade nas situações de cuidados de longa duração, na qual os idosos incapacitados permaneçam em suas casas e sejam cuidados por um membro da família. Dentre os motivos para essa reorientação assistencial está a redução de custo da assistência hospitalar e institucional (KARSCH, 2003). Por outro lado, ao não se investir no fortalecimento dos vínculos familiares, o desempenho do exercício de cuidador acaba adquirindo uma sobrecarga emocional negativa e prejuízo dos papéis sociais (KARSCH, 2003; GONÇALVES, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção científica permitiu inferir que o fenômeno da solidão no idoso brasileiro, tem sido retratada e referida como uma experiência subjetiva desagradável, com afetação da dimensão psicoemocional desses sujeitos. Os textos lançam luz ainda sobre a relação entre abandono objetivo e solidão, que embora real, como acontece nos asilos, ele pode se manifestar de maneira mais insidiosa dentro dos próprios lares.

Parece que o enfrentamento da solidão nessa população específica perpassa pelo fortalecimento e ressignificação dos vínculos sócio-familiares, e nesse sentido a literatura conclama a comunidade a se responsabilizar pelas gerações que estão envelhecendo. Um exemplo disso é a incorporação das Tecnologias da Informação no manejo da situação, que também pode ser visualizada como uma possibilidade de diálogos intergeracionais enriquecedores e formativos. Pouca ênfase ainda é dada ao papel do estado na implementação de políticas públicas mais efetivas.

No tocante ao planejamento da assistência em saúde, é indispensável considerar aspectos como atenção, afeto, respeito, lazer, tecnologias de comunicação, dentre outros. Visto que, em sua existência, os idosos exprimem suas vicissitudes de diferentes formas, ressignificando os acontecimentos da vida como dolorosos ou prazerosos, e os estendendo para o ambiente que os abrigam, passando este a ser um espaço da expressão de sentimentos, emoções e experiências complexas.

Isso requer dos profissionais conhecimentos e habilidades ampliadas acerca do processo de envelhecimento, para desenvolverem uma assistência sensível a sentimentos e estados de solidão no idoso, haja vista sua ocorrência nunca se dar de forma isolada, e ainda pode servir como catalizador ao aparecimento ou agravamentos de transtornos mentais, potencializando os sintomas ansiosos e do afeto negativo ao longo dos anos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, N. A. et al. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** [Internet]. Rio de Janeiro. v. 17, n. 1, pp. 39-48, 2014. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838834005. Acesso em 20 ago. 2016.

AZEREDO, Z. A. S.; AFONSO, M. A. N. Solidão na perspectiva do idoso. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** [Internet]. Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 313-324, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000200313&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 fev. 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150085.

BALDISSERA, V. D. A.; BUENO, S. M. V. O lazer e a saúde mental das pessoas hipertensas: convergência na educação para a saúde. **Rev Esc Enferm USP.** [Internet]. v. 46, n. 2, pp. 380-7, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a16v46n2.pdf. Acesso em 20 ago. 2016.

BERTOLIN, G.; VIECILI, M. Abandono Afetivo do Idoso: Reparação Civil ao Ato de (não) Amar? **Revista Eletrônica de Iniciação Científica.** [Internet]. Itajaí, v. 5, n. 1, pp. 338-360, 2014. Disponível em: http://www.univali.br/graduacao/direito-itajai/publicacoes/revista-de-iniciacao-cientifica-ricc/edicoes/Lists/Artigos/Attachments/996/Arquivo%2018.pdf. Acesso em 20 ago. 2016.

CALDAS, C. P. **O idoso em processo demencial: o impacto na família**. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. (org.). Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, pp. 51-71.

CARMONA, C. F.; COLTO, V. V. D.; SCORSOLINI-COMIN, F. A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosas. **Psicologia em Estudo.** [Internet]. Maringá. v. 19, n. 4, pp. 681-691, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n4/1413-7372-pe-19-04-00681.pdf. Acesso em 20 ago. 2016.

CARVALHO-BARRETO, A.; LIMA, K. S. S. Transição da pós-parentalidade no contexto do sertão cearense. **Psicol. clin.** [Internet]. Rio de Janeiro. v. 25, n. 2, pp. 181-196, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pc/v25n2/v25n2a11.pdf. Acesso em 20 ago. 2016.

DALLAGNOL, C.; SCHMIDT, E. B.; ARGIMON, I. I. L. Estados Emocionais de Idosas a Partir do Teste de Apercepção **Temática. Psico.** [Internet]. v. 45, n. 1, pp. 73-82, 2014. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/12788/11443. Acesso em 20 ago. 2016.

FÉLIX NETO. **Psicologia social.** v. II. Lisboa: Universidade Aberta, 2000.

FÉLIX NETO. **Solidão embaraço e amor.** Porto: Centro de Psicologia Social, 1992.

FERREIRA, M. A. S.; ALVES, V. P. Representação social do idoso do Distrito Federal e sua inserção social no mundo contemporâneo a partir da Internet. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** [Internet]. Rio de Janeiro. v. 14, n. 4, pp. 699-712, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n4/a09v14n4.pdf. Acesso em 20 ago. 2016.

FIGUEIREDO, M. L. F.; SILVA, M. H. R.; MENDES, W. C. Revisão Sistemática: um caminho para evidências na produção científica em enfermagem. **Rev. Saúde em Foco.** [Internet], Teresina-PI, v. 1, n. 1, pp. 72-81, 2014. Disponível em: http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/333/383. Acesso em 20 ago. 2016.

GONÇALVES, L. H. T. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto & contexto - Enferm.** [Internet]. Florianópolis. v. 15, n. 4, pp. 570-7, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a04. Acesso em 20 ago. 2016.

KARAM, A. L. O abandono afetivo de idosos por seus filhos e a indenização por danos morais. **FaC**., [Internet], v. 7, n. 1, pp. 1-13, 2014. Disponível em: https://www.faculdadescearenses.edu.br/revista2/edicoes/vol7-1-2014/artigo1.pdf. Acesso em 20 ago. 2016].

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública.** [Internet]. Rio de Janeiro. v. 19, n. 3, pp. 861-866, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15890.pdf. Acesso em 20 ago. 2016.

LOUREIRO, L. S. N. et al. Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idoso e demanda de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [Internet]. v. 67, n. 2, pp. 227-232, 2014. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/2670/267030687009.pdf. Acesso em 29 fev. 2020.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia.** 2 ed. Campinas, SP: Alínea, 2005.

OLIVEIRA, A. P. P.; CALDANA, R. H. L. As Repercussões do Cuidado na Vida do Cuidador Familiar do Idoso com Demência de Alzheimer. **Saúde Soc.** [Internet]. São Paulo. v. 21, n. 3, pp. 675-685, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/13.pdf. Acesso em 20 ago. 2016.

OLIVEIRA, R. R. et al. Diagnósticos de Enfermagem de idosos cadastrados em estratégias de saúde da família em um munícipio do interior de Goiás. **R. Enferm. Cent. O. Min.** [Internet]. v. 1, n. 2, pp. 248-259, 2011. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/85/156. Acesso em 20 ago. 2016.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida na velhice.** In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 80 – 90.

PEREIRA, C.; NEVES, R. Os idosos e as TIC – competências de comunicação e qualidade de vida. **Revista Kairós Gerontologia.** [Internet]. São Paulo. v. 14, n 1, pp. 05-26, 2011. Disponível em: http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/7099/5139. Acesso em 20 ago. 2016.

PORTO, A. R.; ROECKER, S.; SALVAGIONI, D. A. J. O envelhecer e a morte: compreendendo os sentimentos dos idosos institucionalizados. **Rev Enferm UFSM.** [Internet]. v. 3, n. 1, pp. 35-43, 2013. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/7205/pdf. Acesso em 20 ago. 2016.

PORTO, I.; KOLLER, S. H. Violência na família contra pessoas idosas. **Interações**, São Paulo. v. XII, n. 22, pp. 105-142, 2006. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/354/35402206.pdf. Acesso em 20 ago. 2016.

SANTOS, V. B.; TURA, L. F. R.; ARRUDA, A. M. S. As Representações Sociais de "pessoa velha" construídas por Idosos. **Saúde Soc.** [Internet]. São Paulo. v. 22, n. 1, pp. 138-147, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/13.pdf. Acesso em 20 ago. 2016.

SCHUCK, L. M.; ANTONI, C. Resiliência e vulnerabilidade no cuidado com o idoso dependente: um estudo de caso. **Temas psicol.** [Internet]. v. 22, n. 4, pp. 941-951, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000400020&lng=pt. http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.4-20. Acesso em 20 ago. 2016.

USSEL, J. I. **La soledad em las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo.** Madrid: Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales, 2001. Disponível em: http://www.camfpozoblanco.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/5006lasoledad.pdf.

VICENTE, F. et al. Estudo longitudinal dos fatores associados à evolução de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. **J Bras Psiquiatr.** [Internet]. v. 63, n. 4, pp. 308-16, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n4/0047-2085-jbpsiq-63-4-0308.pdf. Acesso em 20 ago. 2016.

ZIMERMAM, G. I. **Velhice:** Aspectos biopsicossociais. Porto Alegra: Artmed, 2000.

SOBRE OS AUTORES

Priscilla Kelly Pereira de Almeida.
Licenciada e Bacharela em Enfermagem pela UERN. Especialista em Terapia Intensiva pelo Hospital Israelita Albert Einstein. Enfermeira assistencial da Promater Hospital e Maternidade.
E-mail: prihkellypa@hotmail.com

Rômulo Mágnus de Castro Sena.
Enfermeiro Especialista em Saúde da Pessoa Idosa pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Doutorando em Ciências Médicas/Saúde Mental pela UNICAMP. Enfermeiro Assistencial do Hospital de Clínicas da UNICAMP.
E-mail: enfermagnus@hc.unicamp.br

Juliana Leilany de Lima Dantas.
Licenciada e Bacharela em Enfermagem pela UERN. Mestranda em Cognição, Tecnologias e Instituições pela UFERSA.

Email: juliana.leilanny@hotmail.com.br

Jaira Gonçalves Trigueiro.
Licenciada e Bacharela em Enfermagem pela UERN. Mestra em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Docente da UERN e Enfermeira Assistencial do Hospital Regional Dr. Cleodon Carlos de Andrade – HCCA.
E-mail: jairatrigueiro@hotmail.com

João Mário Pessoa Junior.
Enfermeiro pela UERN. Mestre e Doutor em Enfermagem na Atenção à Saúde pela UFRN. Docente Adjunto da UFERSA e Coordenador e Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologia e Sociedade/ UFERSA.
E-mail: joaomariopessoa@gmail.com

Ellany Gurgel Cosme do Nascimento.
Enfermeira pela UERN. Doutora em Ciências da Saúde pela UFRN. Docente Adjunta IV do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade - FACS/UERN.
E-mail: ellanygurgel@hotmail.com

AVALIAÇÃO PERICIAL PREVIDENCIÁRIA PARA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA E ANÁLISE DE CONTEÚDO DO FORMULÁRIO UTILIZADO

Evaluate the social security continuous benefit for grant of the organic law of social assistance and analysis of human rights presuppositions

CAPELI, Viviane Aparecida Sotto Bazalia
Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino – FAE, São João da Boa Vista – S.P.

GALHARDI, Cristiano Machado
Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino – FAE, São João da Boa Vista – S.P.

BACIUK, Erica Passos
Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino – FAE, São João da Boa Vista – S.P.; Cenro Universitário de Jaguariúna – UniFAJ, Jaguariúna – S.P.

FERREIRA, Luciano Rezende
Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino – FAE, São João da Boa Vista – S.P.; Médico Perito do Médico Perito da Gerência Executiva do I.N.S.S. de Poços de Caldas – M.G.

RESUMO: A avaliação da pessoa com deficiência pelo INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) através da CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde) para obter o Benefício de Prestação Continuada (BPC) é pouco conhecido o resultado de sua utilização. Foram analisados os resultados das avaliações, e perfis epidemiológicos dos requerentes. Foram encontrados solteiros, mulheres, com baixa escolaridade e idade média de 49 anos. Apenas 22% tiveram seu benefício aprovado. Foi observada diferença na avaliação da assistente social e em relação a do médico-perito, tornando uma barreira de acesso à pessoa com deficiência, sendo por isso, necessário o aprimoramento do CIF.

Palavras-chave: Deficiência; Benefício de Prestação Continuada; Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde

ABSTRACT: The assessment of people with disabilities by the INSS (National Institute of Social Security) through the ICF (International Classification of Functionality, Disability and Health) to obtain the Benefit of Continued Benefit (BPC) is little known the result of its use. The results of the evaluations and epidemiological profiles of the applicants were analyzed. Single women with low schooling and mean age of 49 years were found. Only 22% had their benefit approved. A difference was observed in the evaluation of the social worker and in relation to that of the physician-expert, making it a barrier of access to the disabled person, and therefore, it is necessary to improve the ICF.

Keywords: Disability; International Classification of functionality, disability and health; Continuous Cash Benefit Programme

INTRODUÇÃO

Durante um longo período, a deficiência foi compreendida apenas como disfunção biológica e somente a partir da década de setenta, com o fortalecimento do marco dos direitos humanos, começou a redirecionar o ordenamento político e jurídico, passando a ser tema na área da justiça social (DINIZ et al., 2007).

No Brasil, o Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009, promulgou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e provocou uma grande alteração no sistema normativo brasileiro ao instituir uma definição constitucional para a deficiência (BRASIL, 2009).

O Benefício de Prestação Continuada (BPC), contemplado na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) estabeleceu que a assistência social tem que garantir o atendimento às necessidades básicas, das pessoas com deficiência, sendo que sua administração e operacionalização foram delegadas ao INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) (SILVA; DINIZ, 2012).

O BPC possui critérios de acesso bastante seletivos, o que faz com que o benefício seja direcionado a pessoas em extrema pobreza. O critério de renda *per capita* utilizado também faz com que não só a situação financeira do deficiente requerente do benefício seja avaliada para a concessão acontecer, mas também de toda a sua família. Essa exigência da pobreza familiar para a concessão do BPC ao deficiente torna os rendimentos do benefício como de uso prioritário para alimentação, tratamentos de saúde e gastos de moradia do deficiente e sua família (SANTOS, 2011).

Os princípios de justiça e igualdade que embasam a concepção do BPC como política de transferência de renda estão relacionados a eliminar a desigualdade e opressão social que as pessoas com deficiência experimentam na extrema pobreza (SANTOS, 2010).

Um ponto conflitante no BPC é a adequação de um mecanismo de comprovação da incapacidade que, deve ser efetuado após a Avaliação Médica e Social, baseada na CIF (BIM; MUROFUSE; CARVALHO, 2015).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde (CIF) é um meio para documentar e organizar a informação que se torna relevante, para descrever a natureza e a severidade das limitações funcionais

da pessoa, as suas experiências de vida bem como as características do meio circulante (BRASIL, 2007).

O objetivo desde trabalho foi verificar se há coerência entre o resultado da aplicação do formulário para a concessão de BPC-LOAS, através da perícia pela assistente social e pelo médico, bem como se o formulário contemplou os pressupostos dos direitos humanos.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi proposto um estudo transversal retrospectivo que analisou os resultados das avaliações social e médico-pericial previdenciárias para acesso ao BPC-LOAS em uma cidade do interior de Minas Gerais.

Os dados sócios-demográficos incluindo sexo, idade, escolaridade e CID foram representados através de estatística descritiva (GALHARDI et al., 2018), e os resultados finais da avaliação médico-pericial conjunta foram analisados por testes paramétricos, como os testes de análise de variância e o teste t para amostras pareadas, com nível de significância estimado em 5% (DAWSON; TRAPP, 2003).

Verificou-se através da análise conteúdo (BARDIN, 2011), se o formulário para concessão de benefício espécie 87 do INSS utilizado pelo médico perito e pela assistente social previdenciários, contempla os pressupostos dos direitos contidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Foram incluídos na pesquisa os requerentes que se declararam deficientes, com idade acima de 16 anos, no período de 24 de junho de 2016 a 1 de novembro de 2016; os requerentes com idade abaixo de 16 anos foram excluídos, pois são avaliados por questionário diferente e pelo fato da própria idade ser associada a alguma incapacidade (MEDEIROS; DINIZ; SQUINCA, 2006). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNIFAE, CAAE: 68210517.3.0000.5382.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram coletados dados de 140 requerentes do BPC da Agência da Previdência Social (APS) do INSS de Poços de Caldas/MG. A idade dos solicitantes apresentou média de 45,9 anos (desvio padrão de 13,24 anos), e a

maior frequência encontrada de solicitações estava na faixa de 51 a 57 anos. O sexo dos participantes, demonstrou que 55,7% eram do sexo feminino e 44,3% do sexo masculino e o estado civil de maior frequência foi de solteiros com 52,1%. Os níveis de escolaridade mais prevalentes foram, o fundamental completo (42,1%), seguido do fundamental incompleto (39,3%) e do analfabeto (7,2%).

O Benefício da Prestação Continuada (BPC) é uma transferência incondicional de renda para idosos ou pessoas com deficiência extremamente pobres realizado no Brasil desde 1993 (MEDEIROS et al., 2009), fornecendo como garantia dos mínimos sociais através da transferência de renda (LEIVAS, 2008). A importância do alcance das políticas de assistência social, pode ser verificada pela cobertura que está gradativamente ampliada desde os anos 80 e, somente no ano de 2000, foi possível auxiliar mais de dois milhões de pessoas (RIBEIRO, 2014).

Uma comparação mais aprofundada sobre as estratificações em nosso estudo foi extremamente difícil, uma vez que após extensiva revisão sistemática do assunto, as classificações dos solicitantes estão baseadas na sua totalidade em função da renda e/ou idade, não sendo possível avaliar outros marcadores socioeconômicos.

Após a categorização pessoal, a Tabela 01, apresenta os principais capítulos de CIDs encontrados nas solicitações dos benefícios. Os requerentes que apresentavam CID-10 relacionados aos transtornos mentais e comportamentais foram a maioria, constituindo 24,7% dos casos; os CID-10 relacionados a doenças do sistema nervoso ficaram em segundo lugar, com 14,7% dos casos; os pedidos relacionados a doenças do aparelho circulatório foram 13,2%, com envenenamento e algumas outas consequências de causas externas com 9,5%, relacionados às doenças do olho e anexos 5,9%, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo com 6,8% e os demais capítulos somaram 30,0%.

Tabela 01 – Principais categorias de CID-10 nas solicitações do BPC da Agência da Previdência Social do INSS de poços de Caldas/MG

Capítulo / Código / Título	Frequência	Porcentagem
Cap. V / F.00 a F.99 / Transtornos mentais e comportamentais	47	24,7%
Cap. VI / G.00 a G.99 / Doenças do sistema nervoso	28	14,7%
Cap. IX / I.00 a I.99 / Doenças do aparelho circulatório	25	13,2%
Cap. IXI / S.00 a T.98 / Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	18	9,5%
Cap. VII / H.00 a H.59 / Doenças do olho e anexos	15	7,9%
Cap. XIII / M.00 a M.99 / Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	13	6,8%
Demais capítulos	57	30,0%

FONTE: A autora (2017).

Em relação aos transtornos mentais e comportamentais (TMC), a Organização Mundial da Saúde (OMS) refere que estes representam 13% do total de todas as doenças e atingem cerca de 700 milhões de pessoas no mundo (SANTANA e al., 2016). A Organização Mundial de Saúde, prevê que no ano 2020 a depressão emergirá como uma das principais causas de incapacidade no mundo (WHO, 2001). Os TMC têm como principais características a particular subjetividade e são consideradas uma das mais complexas situações a serem periciadas (GALHARDI et al., 2018).

Levando-se em conta que os critérios fatores ambientais (FA) são avaliados pela assistente social, atividade e participação (AP) contêm avaliações tanto da assistente social quanto do médico e as funções do corpo (FC) são de exclusividade médica, as respostas obtidas através dos questionários estão apresentadas na Tabela 02, e os valores apesentam diferença significativa entre os grupos através da análise de variância e pós-teste de Tukey, com $F(417) = 3.751$, $= p<0,0001$.

Tabela 02 – Resultados dos Fatores Ambientais (FA), Atividade e Participação (AP) e Funções do Corpo (FC) avaliados nos requerentes do BPC da Agência da Previdência Social (APS) do INSS de Poços de Caldas/MG

	Média	Desvio Padrão	IC 95%
FA	2,76[c]	1,87	2,44 - 3,07
AP	1,91[b]	0,44	1,83 – 1,98
FC	0,39[a]	0,26	0,34 – 0,43

Dados apresentados como média, desvio padrão e intervalo de confiança 95%. Análise estatística feita através da análise de variância e pós-teste de Tukey, $F(417) = 3.751$, = p<0,0001.
FONTE: A autora (2017).

Na Tabela 03 apresentamos as diferenças observadas nas respostas das assistentes sociais e dos médicos, através do teste t de Student, $t(139) = 42,03$, p<0,0001, segundo o critério de atividade e participação (AP).

Tabela 03 – Mediana dos valores analisados pelos assistentes sociais (AS) e pelos médicos (M) dos requerentes do BPC da Agência da Previdência Social (APS) do INSS de Poços de Caldas/MG

	Média	Desvio Padrão	IC 95%
AS	3,9*	1,07	2,79 – 4,00
M	0,6	0,05	0,55 – 0,76

Dados apresentados como média, desvio padrão e intervalo de confiança 95%. Análise estatística feita através do teste t de Student para amostras pareadas, $t(139) = 42,03$, = p<0,0001.
FONTE: A autora (2017).

Uma das explicações que podemos dar para esta diferença observada em nosso estudo é a existência de diferentes definições para a deficiência. Regra geral, deficiência pressupõe a existência de variações de algumas habilidades que sejam qualificadas como restrições ou lesões. O que inexiste, no entanto, é um consenso sobre quais variações de habilidades e funcionalidades caracterizariam deficiências, ainda mais quando está sob duas óticas diferentes, a social levantada pelos peritos assistentes sociais, e a biológicas pelos peritos médicos (MEDEIROS; DINIZ; SQUINCA, 2006; ALBRECHT; SEELMAN; BURY, 2001), sendo estas questões somadas a tentativa de traçar essa fronteira conceitual que enreda diferentes saberes; é a questão mais controversas para a garantia do acesso ao BPC, e foi claramente observada em nossos estudos.

Na Tabela 04, apresentamos os resultados obtidos de acordo com as notas dadas durante as perícias nos critérios fatores ambientais (FA), atividade e participação (AP) e as funções do corpo (FC). Quando os dados foram plotados no Software SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23) e aplicado o teste de qui-quadrado, observamos a relação extremamente significativa entre os graus de resultados e as classes avaliadas FA, AP e FC (qui-quadrado (8) = 415,8, = p<0,0001) demonstrando que existe diferença quando apenas a assistente social avalia, de quando a assistente social e o médico pericial avaliam sendo o resultado a média, e apenas quando o médico avalia.

Tabela 04 – Resultados dos Fatores Ambientais (FA), Atividade e Participação (AP) e Funções do Corpo (FC) de acordo com as notas das avaliações periciais dos requerentes do BPC da Agência da Previdência Social (APS) do INSS de Poços de Caldas/MG

	Frequência dos Resultados		
	FA	**AP**	**FC**
Completo	2	1	2
Grave	118	28	12
Moderado	19	110	26
Leve	1	1	99
Nenhum	0	0	1

Dados apresentados como frequência observada. Diferença significante entre os resultados calculados através do teste de qui-quadrado com $\chi^2(8) = 415,8$, = p<0,0001.
FONTE: A autora (2017).

Com base nos resultados apresentados durante a perícia, as decisões sobre as solicitações foram tomadas e apresentadas na Tabela 05.

Tabela 05 – Porcentagem das decisões favoráveis e não favoráveis dos requerentes do BPC da Agência da Previdência Social (APS) do INSS de Poços de Caldas/MG

Decisão	**Frequência**	**Porcentagem**
Favorável	31	22,1%
Não favorável	109	77,9%

FONTE: A autora (2017).

A Tabela 06 mostra 42,1% dos requerentes do BPC têm ensino fundamental completo; 39,3% têm ensino fundamental incompleto e 7,2% são

analfabetos. Uma das justificativas possíveis para a baixa escolaridade dos beneficiários é o preconceito para com as pessoas com algum tipo de deficiência, e a falta de formação de educadores para trabalhar com a questão no ambiente escolar (CARDOZO, 2011).

Tabela 06 – Frequências dos graus de escolaridades encontrados dos requerentes do BPC da Agência da Previdência Social (APS) do INSS de Poços de Caldas/MG

Grau de Escolaridade	Frequência	Porcentagem
Analfabeto	10	7,2%
Fundamental incompleto	55	39,3%
Fundamental completo	59	42,1%
Ensino médio incompleto	7	5,0%
Ensino médio completo	7	5,0%
Superior completo	1	0,7%
Não informado	1	0,7%

FONTE: A autora (2017).

A análise de conteúdo provenientes da análise de conteúdo baseado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e analisados no Questionário Espécie 87 do INSS, está apresentada na Tabela 07.

Tabela 07 – Resultados provenientes da análise de conteúdo baseado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e analisados no Formulário Espécie 87 do INSS

Categorias da Declaração	Palavras e expressões relacionadas	AS	M
Relacionado a igualdade	“associações”, “organizações”, “acesso”, “educação inclusiva”	7	0
Relacionado a liberdade	“liberdade”	5	0
Relacionado a não sofrer discriminação	“preconceito”, “estigma”, “discriminação”	9	0

Relacionado a segurança	“segurança”, “segurança física”, “riscos”, “proteção”, “polícia”, “tribunais”, “defensoria pública”, “proteção social”, “vulnerabilidade”	8	1
Relacionado a locomoção	“acesso”, “mobilidade”, “transporte”, “acessibilidade”, “psicomotora”, “deslocar”	12	5
Relacionado a propriedade	“propriedade”, “moradia”, “habitabilidade”, “habitação”	5	0
Relacionado a família	“família”, “familiar”, “apoio”, “apoio emocional”	6	0
Relacionado a trabalho	“funcionários”, “profissionais”,	1	0
Relacionado a qualidade de vida	“alimentação”, “vida diárias”, “uso pessoal”, “comunicação”, “educação”, “privacidade”, “apoio”, “assistência”, “interação”, “relação”, “recreação”, “consciência”, “orientação”, “intelectual”, “emoção”, percepção”, “pensamento”, “cognição”, “funções corporais”	27	64
Relacionado a acesso saúde	“medicação”, “prótese”, “cadeira de rodas”, “deita”, “emocional”, “saúde”, “ambulância”, “cuidados”	13	0

FONTE: a autora (2017).

Dentre as várias aplicações que possa ser utilizada a análise de conteúdo, nos apropriamos do método para enumerar os itens que aparecem em maior frequência, permitindo assim extrapolar os dados para uma análise quantitativa. Em nosso trabalho, observamos que o item trabalho, elencado na declaração, aparece com a maior frequência na espécie 87.

A relação entre os direitos humanos, no seu princípio de dignidade e o questionário do INSS, envolvendo os direitos sociais prestacionais vai de encontro a obrigação do Estado em garantir a pessoa sua própria autonomia, consolida o conceito de mínimo social e gera, por consequência, a incorporação dos direitos prestacionais mínimos à concepção material de direitos fundamentais (TAVARES, 2003).

Considerações Finais

Os requerentes do BPC que apresentaram CID-10 relacionados aos transtornos mentais e comportamentais foram a maioria, constituindo 24,7% dos casos e os CID-10 relacionados a doenças do sistema nervoso ficaram em segundo lugar, com 14,7% dos casos. Além disso, os requerentes eram em sua maioria solteiros, mulheres, com idade média de 49 anos e apresentaram baixa escolaridade (39,3% têm ensino fundamental incompleto e 42,1% dos têm ensino fundamental completo).

Foi observada diferença significativa quando assistente social e médico-perito avaliaram o requerente isoladamente, de quando avaliaram conjuntamente, demonstrando não existir consenso sobre a classificação da funcionalidade e deficiência, principalmente quando se tem duas perspectivas diferentes: a social e a biomédica.

Um dos critérios de elegibilidade para acesso ao BPC diz respeito à incapacidade para o trabalho e para a vida independente; sendo a classificação da incapacidade tarefa complexa. O padrão de indeferimento pode ser associado aos procedimentos de avaliação e da burocracia das agências governamentais locais, sugerindo que os instrumentos e os processos de avaliação possam ser revistos para ampliar a capacidade de inclusão.

Após análise de conteúdo, verificou-se que o item trabalho aparece com a maior frequência no formulário de concessão para o BPC, seguido do item qualidade de vida; os itens relacionados a igualdade, liberdade, segurança, locomoção, propriedade e acesso à saúde aparecem com menor frequência; apesar do Estado estar oferecendo a garantia dos mínimos sociais prevista pelo Constituição de 1988, o formulário não aborda de modo satisfatório e abrangente as barreiras e fatores ambientais, e assim, não contempla os pressupostos dos direitos humanos contidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Uma vez que os objetivos do benefício assistencial para pessoas deficientes pobres buscam remover desigualdades ligadas à experiência da deficiência, as avaliações periciais deverão estar adequadas aos objetivos da política social, principalmente, de acesso aos direitos básicos como proteção social da dignidade humana. Apesar de ser importante mecanismo de garantia de renda básica à pessoa com deficiência e idosa, apresenta barreiras de acesso

à pessoa com deficiência, sendo necessário o aprimoramento dos instrumentos e dos processos de avaliação a fim de ampliar a capacidade de inclusão.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, G. L.; SEELMAN, K. D.; BURY, M. **Handbook of Disability Studies.** Thousand Oaks. Sage Publications. 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed., 2011.

BIM, M. C. S.; MUROFUSE, N.T.; CARVALHO, M. Análise dos modelos de avaliação de requerentes ao benefício de prestação continuada: 2006 a 2012. **R. Katálysis**, v. 18, n. 1, p. 22-31, 2015.

BRASIL, Ministério Do Desenvolvimento Social E Combate À Fome. **Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes.** Unesco, p. 13-56, 2009.

BRASIL, Ministério Do Desenvolvimento Social E Combate À Fome. **Avaliação das pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da assistência social: um novo instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** Brasília: MDS; MPS, 2007.

CARDOZO, P. S. Benefício de Prestação Continuada – BPC: o desafio do empoderamento junto às pessoas com deficiência e suas famílias no município de Forquilhinha-SC. **Revista Iniciação Científica**, v. 9, n. 1, p 142-55, 2011.

DAWSON, B.; TRAPP, R. G. **Bioestatística: Básico e Clínica.** 3ªed. Ed. Mac Graw-Hill. 2003.

DINIZ, D. **O que é deficiência?** Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2007.

GALHARDI, C. M.; BAZALIA, V. A. S.; MORAIS, D. C. M.; BIANCHI, R. C. G.; FERREIRA, L. R. Relação dos números de auxílios-doença previdenciários para trabalhadores de doenças relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais e o absenteísmo. In: Oliveira SFP, et al. (Orgs.) **AIMES nas trilhas da cartografia do conhecimento acadêmico.** 2018: 657-664.

LEIVAS, P. G. C. Estrutura normativa dos direitos sociais fundamentais e o direito fundamental ao mínimo existencial. In: Souza Neto, C. P. de; Sarmento, D. (Coord.). **Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie.** Porto Alegre: Lumen Juris, 2008.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D.; SQUINCA, F. **Transferências de renda para a população com deficiência no brasil: uma análise do benefício de prestação continuada.** Texto para discussão, Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). ISSN 1415-4765, 2006.

MEDEIROS, M.; SAWAYA NETO, M.; GRANJA E BARROS, F. E. A distribuição das transferências, público-alvo e cobertura do Benefício de Prestação Continuada. **Textos & Contextos,** v. 8, n. 2, p. 358-376, 2009.

RIBEIRO, A. **BPC - Benefício de Prestação Continuada e a assistência social no Brasil.** Monografia final do Curso de Graduação em Direito da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Três Passos (RS). 2014.

SANTANA, L. L. et al. Absenteísmo por transtornos menta.is em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 1, p. 23-32, 2016.

SANTOS, W. R. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? **Ciênc. saúde coletiva.,** v. 16, n. S1, p. 787-796, 2011.

SANTOS, W. Assistência social e deficiência no Brasil: o reflexo do debate internacional dos direitos das pessoas com deficiência. **Serv Soc em Revista,** v. 13, n. 1, p. 67-79, 2010.

SILVA, J. L. P.; DINIZ, D. Mínimo social e igualdade: deficiência, perícia e benefício assistencial na LOAS. **Rev. Katálysis**, v. 15, n. 2, p. 262-269, 2012

TAVARES, M. L. **Previdência e assistência social: legitimação e fundamentação constitucional brasileira.** Rio de Janeiro: Lúmen Júris. 2003.

WHO. The world health report 2001. **Mental health: new understanding, new hope.** Geneva: The Organization; 2001.

SOBRE OS AUTORES

Viviane Aparecida Sotto Bazalia Capeli possui graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina do ABC. Residência Médica na especialidade de Cirurgia Geral. Professora do curso de Medicina do Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino – FAE. Mestre em Educação, Ambiente e Sociedade do Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino – FAE.
E-mail: vivianesotto@gmail.com

Cristiano Machado Galhardi é formado em farmácia pela Universidade de Marília (1999), Mestre em Ciências Biológicas na área de Farmacologia pelo IB da UNESP de Botucatu. Doutor em Fisiopatologia em Clínica Médica na área de Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP de Botucatu. Pós Doutor em Ciências Biológicas na área de Farmacologia pelo IB da UNESP de Botucatu, SP e Univeristé Paris Descartes, França, França. Atualmente é acadêmico de medicina no Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino – FAE, São João da Boa Vista – S.P.
E-mail: medcmg@gmail.com

Erica Passos Baciuk é formada Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, mestre em Educação Física pela Universidade Estadual de Campinas e doutora em Tocoginecologia - Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas. Atualmente é professora titular no Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino - FAE; docente no Mestrado acadêmico multidisciplinar em Educação, Ambiente e Sociedade nesta mesma Instituição; e coordenadora do curso de graduação em fisioterapia na Faculdade de Jaguariúna - FAJ.
E-mail: erica@fae.br

Luciano Rezende Ferreira tem graduação em Odontologia, graduação em Medicina, mestrado em Master of Science in Experimental Oral Pathology - University of London, doutorado (Ph.D) em Patologia Oral e Experimental - University of Maryland at Baltimore e pós-doutorado em Bioquímica na UNICAMP. Especialização e residência médica em Patologia Clínica e Medicina Laboratorial pela Faculdade de Medicina da USP, Ribeirão Preto. Título de Especialista em Clínica Médica pela Associação Médica Brasileira. Exerce a atividade de perito médico previdenciário desde 2005 da Gerência Executiva do I.N.S.S. de Poços de Caldas. Atualmente é docente do curso de Medicina e do Mestrado em Educação, Ambiente e Sociedade na área de Desenvolvimento Humano do Centro Universitário das Faculdade Associadas de Ensino - FAE, baseado em metodologias ativas e com linhas de pesquisas em Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho.
E-mail: lresendeferreira@mail.com

A SAÚDE MENTAL DE MULHERES QUE FAZEM USO DO ÁLCOOL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Mental health of women who use alcohol: an integrative review

FILHO, João Pereira Amorim
Centro Universitário Cesmac - Maceió

GOMES, Ícaro da Silva
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

FERRO, Rogério Costa
Hospital Sírio-Libanês

RESUMO: O uso do álcool na história da humanidade recebeu diversos significados ao longo dos anos, tais como símbolo de comemoração, partilha e até matrimônio. As mulheres tendem a desenvolver abuso e dependência de álcool mais rápido do que os homens, diante a própria constituição orgânica e social em que estão inseridas. A existência de barreiras na busca e permanência do tratamento é o maior obstáculo enfrentado pelas equipes especializadas nessa área. Assim, o objetivo desse estudo é realizar uma pesquisa de revisão integrativa das produções acadêmicas sobre a saúde mental de mulheres que fazem uso do álcool. O recorte de gênero neste estudo se deve a necessidade de aprofundar discussões neste tema devido à escassez de estudos que correlacione as variáveis. Através da abordagem qualitativa, foi realizado um levantamento de artigos científicos nas bases de dados online LILACS e SciELO. Os resultados elencaram cinco temas para expor e dialogar sobre os achados: o impacto do álcool sobre a vida das mulheres; fatores agravantes; representações subjetivas acerca do álcool; representações acerca do serviço; e realidades em números. Falar sobre saúde mental, mulheres e álcool elenca uma complexidade exigindo do pesquisador a habilidade de explorar e compreender os fenômenos que o cercam.

Palavras-chave: Saúde Mental; Mulheres; Álcool;

Abstract: The use of alcohol in the history of mankind has received several meanings over the years, such as a symbol of celebration, sharing and even marriage. Women tend to develop alcohol abuse and dependency faster than men, given their own organic and social constitution. The existence of barriers in seeking and maintaining treatment is the biggest obstacle faced by teams specialized in this area. Thus, the objective of this study is to carry out an integrative review research of academic productions on the mental health of women who use alcohol. The gender focus in this study should be necessary to deepen the discussions on this topic due to correlation studies as variables. Through the qualitative approach, a survey of scientific articles was carried out in the online databases LILACS and SciELO. The results listed five themes to expose and discuss the findings: the impact of alcohol on women's lives; aggravating factors; subjective representations about alcohol; representations about the service; and realities in numbers. Talking about mental health, women and alcohol lists a complexity requiring the researcher the ability to explore and understand the phenomena that surround him.

Key-words: Mental health; Women; Alcohol.

INTRODUÇÃO

Historicamente, a humanidade sempre fez uso de substâncias químicas com inúmeros propósitos, fossem eles sedativos ou estimulantes, em seus diferentes formatos, bebidas, inalantes ou injetáveis. Seus propósitos e significados variam conforme o tempo e a cultura. O enfrentamento da problemática de pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e/ou outras drogas na atualidade constitui uma demanda mundial (Fejes, Ferigato & Marcolino, 2016, p. 255).

Vários foram os termos criados para denominar os indivíduos que consomem essas substâncias de maneira exagerada, e, entre tantos conceitos, o mais aceito atualmente é o de “dependência”. [...] é factível que, mesmo fazendo parte de rituais de sociabilidade, transcendência e autoconhecimento, o consumo de drogas, se descomedido, somado a outros fatores relacionados à vida dos usuários, pode gerar uma dependência (Lacerda & Fuentes-Rojas, 2016, p. 364).

Aqui destacamos o alcoolismo, compreendido cientificamente como síndrome de dependência de álcool (SDA), que é sem dúvida um grave problema de saúde pública, sendo um dos transtornos mentais mais prevalentes na sociedade. Trata-se de uma patologia de caráter crônico, passível de muitas recaídas e responsável por inúmeros prejuízos clínicos, sociais, trabalhistas, familiares e econômicos. Ademais, é com frequência associada a situações de violência (sexual, doméstica, suicídio, assalto e homicídio), acidentes de trânsito e traumas (Seibel, 2010 *apud* Diehl, Cordeiro, Laranjeira *& cols,* 2011, pg. 129).

A relação do álcool com as mulheres

De acordo com os dados do Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (Laranjeira, Pinsky, Zaleski & Caetano, 2007 *apud* Diehl, Cordeiro, Laranjeira *& cols,* 2011, pg. 376), em 2006, cerca de 41% das mulheres brasileiras acima de 18 anos beberam ao menos uma vez no ano, em comparação a 65% dos homens. Dessas mulheres, 33% beberam em binge, isto é, consumiram cinco ou mais doses na ocasião em que

mais beberam no ano anterior à pesquisa. Há uma diferença marcante entre a frequência do consumo de álcool entre os gêneros. Os homens apresentam índices de abstinência 40% menor do que as mulheres (35 *versus* 59%, respectivamente) (Diehl, Cordeiro, Laranjeira *& cols,* 2011, pg. 376).

Os homens apresentaram maior frequência no consumo de álcool. Em relação ao tipo de bebida alcoólica mais consumida, a cerveja está em primeiro lugar entre os dois gêneros em todo o país. Porém, no geral, as mulheres mostraram consumir mais vinho em relação aos homens, e estes, por sua vez, mais destilados (Diehl, Cordeiro, Laranjeira *& cols,* 2011, pg. 376).

Apesar de consumirem menos álcool do que homens, mulheres tendem a desenvolver abuso e dependência de álcool mais rápido. Dentre os fatores que influenciam este processo, destacam-se o "efeito telescópio", segundo o qual as mulheres iniciavam o tratamento com histórias mais curtas de problemas com álcool do que os homens, mas com sintomas equivalentes, os fatores farmacológicos, fatores genéticos, fatores psicológicos, e até fatores sociais (Diehl, Cordeiro, Laranjeira *& cols,* 2011, pg. 376 a 378).

Oliveira *et. al.* (2012) realizaram um estudo descritivo com o objetivo de caracterizar as mulheres atendidas em um Hospital de Ensino do Noroeste do Paraná, por abuso de álcool. Concluíram que a população feminina representa um subgrupo da população suscetível ao abuso do álcool, sendo que foi possível descrever as áreas de impacto na saúde da mulher, possibilitando a implementação de medidas preventivas para diminuir a ocorrência, as complicações e a reincidência nessa população.

O comportamento de beber em mulheres é influenciado por diversos fatores demográficos, tais como idade, estado civil, ocupação e etnia (Plant, 1997, apud Edwards, Marshall e Cook, 2005, pg 154). Edwards, Marshall e Cook (1997, pg 154) ainda destacam que "tais aspectos interagem com outros fatores de risco, como predisposição genética (Kendler e cols., 1995; Prescott e cols., 1997), fatores psicológicos e socioculturais nas determinações do início e na evolução do beber problemático (Wilsnack e cols., 1994)". Mulheres com problemas com álcool apresentam mortalidade elevada em comparação com a população geral e com os homens que bebem pesadamente (Lindberg e Agren, 1988, apud Edwards, Marshall e Cook, 2005, pg. 156).

É seguindo o viés da saúde pública e da inclusão da questão do uso problemático de drogas no âmbito de intervenção das políticas públicas que são pensadas e postas em prática novas formas de cuidado a esses indivíduos, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS AD) (Ministério da Saúde, Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002).

Como proceder?

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo exprime as suas capacidades, enfrenta fatores estressores normais da vida, trabalha produtivamente e de modo frutífero, e contribui para a sua comunidade (WHO 2001, apud Ribeiro *et al.,* 2015, p. 279).

A incapacidade de buscar tratamento pode refletir barreiras reais ou imaginárias, que são específicas para as mulheres (Edwards, Marshall e Cook, 2005, pg. 158). A existência dessas barreiras na busca e permanência do tratamento é o maior obstáculo enfrentado pelas equipes especializadas nessa área.

O tratamento teria por objetivo melhorar a qualidade de vida e a saúde mental dessas mulheres acometidas pelo consumo abusivo do álcool, para, só assim, terem condições de agir perante a situação. Dentro do serviço público, entre as modalidades existentes do Centro de Atenção Psicossocial, inseridos nas Redes de Atenção Psicossocial, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD) têm como objetivo atender essa população que tem problemas com o uso e abuso do álcool e outras drogas.

O CAPS AD é um serviço público de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes (Ministério da Saúde, Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011). Sua proposta é oferecer o serviço especializado multiprofissional a usuários decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Além do acompanhamento médico, o usuário é avaliado pelo psiquiatra e psicólogo, para que seja desenvolvido estratégias de acompanhamento e tratamento nas oficinas realizadas no serviço, trabalhos em grupos e com outros profissionais da instituição.

É impossível descrever completamente os aspectos que influenciam as mulheres que ingressaram no consumo do álcool a buscar ajuda em seus problemas, independente da origem destes. Assim, o CAPS AD pode agir fornecendo ajuda de escuta, acompanhando-as, orientando-as, realizando os encaminhamentos necessários, prescrevendo medicamentos, desenvolvendo grupos e oficinas que as auxiliem em seu processo, em seu relacionamento com o álcool, desenvolvendo uma abordagem capaz de fornecer um acompanhamento integral e melhorando sua qualidade de vida e saúde mental.

De modo geral, as mulheres não procuram prontamente os serviços especializados em alcoolismo, tendendo mais a buscar serviços generalistas, pelo menos na primeira vez (Edwards, Marshall e Cook, 2005, pg. 159). O CAPS AD, como serviço de referência a essas demandas específicas, recebe muitas vezes as demandas encaminhadas através de outros serviços básicos de saúde. Assim, é possível a realização de um trabalho voltado a saúde mental com as pessoas nessas situações.

O recorte de gênero neste estudo se deve a necessidade de se aprofundar cada vez mais nessas discussões, visto que “em relação às mulheres, os padrões de consumo de álcool, tabaco e outras drogas têm se aproximado cada vez mais dos observados entre os homens” (Laranjeira, 2012, apud Fejes, Ferigato & Marcoline, 2016, p. 255).

Poderá se obter resultados capazes de subsidiar dados para, por exemplo, determinados campos específicos desenvolverem trabalhos direcionados a essa área como o próprio CAPS AD, e como outros serviços da rede como o Centro de Referência a Assistência Social (CRAS) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). A divulgação dos resultados poderá auxiliar a comunidade científica há desenvolver novos trabalhos sobre a temática trabalhada, utilizando-se como referência o mesmo.

É tendo em vista esse contexto que este estudo tem por objetivo realizar uma pesquisa de revisão integrativa a cerca das produções acadêmicas sobre “a saúde mental de mulheres que fazem uso do álcool”, por meio do levantamento de estudos sobre o tema nos últimos 5 anos, da discussão sobre os achados da pesquisa e da proposição de discussões sobre as possibilidades interventivas dos estudos encontrados.

METODOLOGIA

Este trabalho possui o caráter de pesquisa de revisão integrativa acerca do tema central, seguindo uma abordagem qualitativa, para o qual foi realizado um levantamento de artigos científicos publicados nos últimos 5 anos e indexados nas bases de dados LILACS e SciELO, na qual se utilizou dos seguintes descritores: “Álcool”, “CAPS AD” e “Mulheres”. Utilizou-se do método de cruzamento “AND”, nos meios de busca, por meio da organização das seguintes sentenças: “Álcool AND CAPS AD”, “Álcool AND Mulheres”, “CAPS AD AND Mulheres” e “Álcool AND CAPS AD AND Mulheres”.

Após realizar a busca com as sentenças pré-definidas, foram aplicados os filtros do próprio site como critérios de inclusão, sendo eles: texto completo disponível; pais de afiliação e assunto: Brasil; idiomas dos textos em português; publicações desde o ano de 2014; tipo de documento: artigo.

Por fim, foram utilizados para discussão os estudos que retratam sobre a relação existente entre os temas. Para critérios de exclusão, utilizou-se das seguintes premissas: a) artigos não publicados em *full text e* b) não estar correspondente ao objetivo do estudo.

Os trabalhos publicados em mais de um mesmo banco de dados e que encontram-se repetidos conforme a variação de utilização das sentenças, serão considerados apenas uma única vez na contagem final.

RESULTADOS

Em um primeiro momento, ao utilizar-se as sentenças para levantar o número de artigos, obteve-se 3884 resultados encontrados. Após a utilização dos filtros nos bancos de dados eletrônicos, o levantamento constatou um total de 144 artigos encontrados. Em seguida, foram revisados para selecionar apenas os estudos que retratam os temas propostos nesta pesquisa.

O número final de trabalhos selecionados para este estudo foi 11. Assim, o quadro a seguir consta a representação dos respectivos trabalhos, exibindo-os de acordo com suas informações principais: referências e objetivos.

Quadro 1: *Classificação dos dados dos artigos de acordo com os tópicos: Referências e Objetivos.*

Referências	Objetivos
Barbosa, Souza e Freitas (2015)	Compreender o impacto da violência sexual sofrida por mulheres com transtornos mentais a partir de autorrelato de suas experiências.
Horta, *et al.* (2015)	Examinar a variação das taxas de hospitalização psiquiátrica e o tempo médio de permanência em hospital, no sistema público de saúde no estado do Rio Grande do Sul, de 2000 a 2011.
Kano, Santos e Pillon (2014)	Avaliar a consistência interna da versão traduzida e adaptada para o Brasil do instrumento Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G).
Lacerda e Fuentes-Rojas (2017)	Apresentar os significados e sentidos de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) para seus usuários.
Lima, Coelho e Andrade (2017)	Apresentação de indicadores relacionados às mulheres que fazem uso excessivo de álcool.
Macedo, *et al.* (2018)	Investigar as condições de vida e formas de apoio social em assentamentos de reforma agrária no Piauí frente aos casos de Transtorno Mental Comum (TMC) e de uso abusivo de álcool.
Oliveira, *et al.* (2017)	Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas.
Ribeiro e Carvalho (2015)	Analisar as características sociodemográficas e o padrão de uso de drogas em pacientes dos CAPS-AD de Curitiba, Paraná.
Silva e Lyra (2015)	Conhecer o significado do beber entre mulheres que sofrem de alcoolismo e buscam tratamento através de um serviço especializado.
Soccol, *et al.* (2018)	Compreender os motivos atribuídos por mulheres ao abuso de substâncias psicoativas.
Vargas, *et al.* (2015)	Caracterizar e compreender o contexto em que se dá o primeiro contato de mulheres com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas que procuraram atendimento em um serviço especializado em álcool e outras drogas.

DISCUSSÃO

A explanação a seguir compreende a utilização dos conhecimentos a cerca dos achados neste trabalho a fim de dialogar sobre a temática de forma clara, elencando a importância dos aspectos que à circundam.

Impacto do álcool sobre a vida das mulheres

Vargas *et al.* (2015) tentaram caracterizar e compreender o contexto em que se dá o primeiro contato de mulheres com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas que procuraram atendimento em um serviço especializado em álcool e outras drogas.

Parcela significativa das respostas obtidas nos prontuários mostrou que o primeiro contato com as drogas aconteceu dentro da própria casa, escondido ou até mesmo junto com familiares. Os resultados mostraram que em muitos casos o primeiro contato das mulheres com substâncias psicoativas deu-se na rua (Vargas *et al.,* 2015, p. 789).

A representação da família como um caminho de entrada para o uso e abuso de substâncias como o álcool é também representada no estudo de Soccol *et al.* (2018). Em seu estudo, ao compreender os motivos atribuídos por mulheres assistidas pelo CAPS ao abuso de substâncias psicoativas, desvelaram-se duas categorias concretas do vivido: 1) Influências das relações sociais para o uso/abuso de substâncias psicoativas; 2) Perdas e conflitos familiares como motivo para o abuso de substâncias psicoativas (Soccol *et al.,* 2018, p. 3).

Elas iniciaram o uso de substâncias psicoativas por influência da família, mãe e demais familiares, uma ação social que foi vivenciada desde a infância, por meio da convivência com seus antecessores que também faziam uso. Também constatou-se a influência de semelhantes para o abuso de substâncias psicoativas, como dos companheiros, namorados ou maridos (Soccol *et al.,* 2018, pp. 3-4).

As mulheres, ao dividirem o tempo e o espaço com pessoas que também usavam substâncias psicoativas, estabeleceram com esses relações de familiaridade. Assim sendo, o convívio com outros usuários é um potente influenciador na rede de motivações dessas mulheres. Dessa forma, o uso de substâncias psicoativas por mulheres está associado com o desejo de inserir-se, ser aceita e respeitada socialmente ou então por pressão de um determinado grupo social (Soccol *et al.,* 2018, p. 4).

Em suma, o mundo da vida dessas mulheres foi constantemente permeado por dificuldades nas relações sociais, manifestadas pela falta de

afetividade e de estabelecimento de vínculos, também por perdas, agressões e dificuldades financeiras. Essas situações vivenciadas pelas mulheres em seu mundo da vida são os motivos (porque?) que as levaram ao abuso de substâncias psicoativas (Soccol *et al.,* 2018, p. 6).

Fatores agravantes

Barbosa, Souza e Freitas (2015) tentaram compreender o impacto da violência sexual sofrida por mulheres com transtornos mentais a partir de autorrelato de suas experiências.

Cinco participantes declararam fazer uso de bebidas alcoólicas e três de drogas ilícitas, o que foi justificado como forma de aliviar ansiedades e tristezas ou por influência do meio em que viviam: “Eu via todo mundo usando e queria usar também (E14, 22anos)”. Observou-se que o grupo apresentava baixa autoestima e sentimento de inferioridade, o que pode ser interpretado como decorrente das situações de preconceito, abandono e exclusão social vivenciadas por esse grupo populacional, que se agravam quando há histórias de violência sexual: “Eles têm preconceito de mim, pelo fato de eu ser assim (E16, 38 anos)” (Barbosa, Souza & Freitas, 2015, p. 275).

Houve um relato no qual se observou que a situação de abuso sexual era favorecida pelo uso de álcool, no qual foi afirmado por ela: “[...] quando eu acordo, acordo com um pé em cima de mim... eu me sinto assim: abusada. De repente, acordo com a calça suja, com a cama suja. É muito ridículo, é muita rebaixeza. Eu nem conhecia ele direito... (E17, 47 anos)”. Tratava-se de uma entrevistada separada do marido e com maiores dificuldades para se autodefender. Era analfabeta, usuária de álcool e apresentava delírios permanentes. Apesar de morar com uma filha, considerava não ter seu apoio, porque brigavam constantemente e por que ela acreditava que a filha não era legítima, por ser fruto de um estupro (Barbosa, Souza & Freitas, 2015, p. 276).

Ela, que dizia ter relações sexuais com vários parceiros, manifestou desejo de ser internada, porque no hospital se sentia mais protegida. Mostrou-se submetida e submissa a esse contexto desfavorável, em uma história de vida centrada no sofrimento (Barbosa, Souza & Freitas, 2015, p. 276).

O sofrimento psíquico causado por essas perdas, esses motivos, que levam as mulheres a adentrarem e permanecerem neste mundo do álcool são ressaltados cada vez mais ao passar do tempo.

Kano *et al.* (2014) ao avaliarem a consistência interna da versão traduzida e adaptada para o Brasil do *Instrumento Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version* (MAST-G) em uma população de idosos, encontraram um dado interessante no presente estudo, que se refere ao número de mulheres na amostra, independentemente da questão numérica, uma vez que não houve diferença quando comparadas aos homens. Destaca-se que quase a metade (46%) delas tem apresentado um padrão nocivo de consumo de bebidas alcoólicas.

Macedo *et al.* (2018) corroboram tal discussão ao apresentar dados que podem indicar que apesar de haver menos mulheres que fazem uso problemático de álcool em comparação aos homens, a questão de gênero é um elemento definidor de vulnerabilidade para as mulheres, visto que contam com menor apoio, associado ao estigma e maior grau de reprovação social existente na comunidade, já que ao beberem escapam do papel de boa mulher, cuidadora dos filhos, do marido e da casa (Alves, 2015).

Representações subjetivas a cerca do álcool

No estudo de Silva e Lyra (2015), eles se propuseram a conhecer o significado do beber entre mulheres que sofrem de alcoolismo e buscam tratamento através de um serviço especializado.

Em um primeiro momento os dados mostram que o uso de bebidas alcoólicas encontra-se presente na vida das participantes e que o uso nocivo do álcool tem acometido mulheres de diferentes idades, estados civis, religiões, escolaridades e ocupações (Silva & Lyra, 2015, p 777).

No segundo momento, foi realizada a análise das entrevistas, quando as mulheres deste estudo destacaram quatro aspectos significativos em suas vidas: a tristeza, o prazer, o preconceito e a solidão diante do uso sem controle e da dependência do álcool. Nos discursos das entrevistadas pode-se observar que elas apresentaram um senso comum sobre o significado da dependência de álcool em mulheres, ou seja, de que ser mulher e beber sem controle é algo condenável, permeado de preconceito. E isso revelou que, em suas

experiências, os seus sentimentos tiveram significados semelhantes perante a problemática da dependência do álcool, tendo isso representado uma forma de pensar coletivamente sobre o mesmo assunto, o que é amparado por pensadores da Teoria das Representações Sociais (Jodelet, 2001; Goldenberg, Marsiglia & Gomes, 2003; Silva & Lyra, 2015, p 777).

As entrevistadas se sentem mais penalizadas do que os homens. Elas se mostraram desabonadas ao procurarem ajuda, justamente pela visão que a sociedade demonstra – compartilhada por todas as participantes –, ao taxá-las de pervertidas, donas de comportamento impróprio e renunciadoras aos papéis tradicionalmente atribuídos a elas, como o de mãe e o de esposa. Esses fatos adiaram a procura delas por tratamento, e isso acabou por trazer-lhes sérios prejuízos (Silva & Lyra, 2015, p 780).

Faz-se necessário repensar o lugar que o álcool ocupa na configuração e nas relações sociais e familiares das mulheres: a responsabilidade pelo processo saúde-doença é permanente via de mão dupla, visto que o individual se constrói no coletivo, e a qualidade das relações aí estabelecidas influencia na forma como as pessoas irão responder/reagir.

Por fim, Silva e Lyra (2015) destacam a importância do atendimento no CAPS-AD, do SUS, para ambos os sexos, ao acolher mulheres com dependência de álcool que precisem lidar com sentimentos de tristeza e solidão, além de vivenciar preconceitos e discriminações.

A inclusão social dessas mulheres fez a diferença no sentido de colocá-las no mesmo espaço de cuidado que os homens, quebrando tabus e preconceitos. Assim, garantiu o direitos à cidadania para todos, independentemente de gênero, promovendo a solução dessa problemática vivida entre as mulheres e os homens na saúde, no trabalho, na família e no social. O trabalho de acolhimento de mulheres com este tipo de sofrimento é essencial para minimizar as consequências dos prejuízos e danos provocados pela dependência do álcool, pois oferece condições para novos conhecimentos, descobertas e para o enfrentamento da realidade, o que contribui para a construção de novos significados e a reestruturação da vida dessas pessoas (Silva & Lyra, 2015, p 780).

Representações a cerca do serviço

Lacerda e Fuentes-Rojas (2017) ao realizarem entrevistas semi-estruturadas em um CAPS-AD, compreenderam que os significados e sentidos mais presentes nos discursos indicavam uma relação positiva com o serviço, visto como um local de apoio e cuidado. Constatou-se, também, que o CAPS, ao se mostrar como um local acolhedor e que proporciona o acesso a direitos para além da saúde, precisa ponderar entre o acesso a direitos e benefícios e a construção de autonomia, de forma que o serviço não deixe de atuar no âmbito social, mas, também, possa promover a reinserção social e o empoderamento desses indivíduos.

Decifrar os significados e sentidos que o CAPS tem para seus usuários indica compreender: suas formas de se relacionarem com o serviço, quais demandas buscam responder com esse cuidado especializado, e como o CAPS responde às suas demandas e solicitações. Dito isto, foi possível identificar quatro categorias apresentadas nas falas dos usuários em relação ao sentido e significado do CAPS: local de acolhimento, apoio e cuidado; espaço de resolução de problemas dos usuários; local que reinsere socialmente; e, por último, um serviço ineficiente em suas ações (Lacerda & Fuentes-Rojas, 2017, p. 367).

Na mesma intensidade em que os usuários reconhecem o serviço de maneira positiva, eles deslegitimam a própria capacidade de crítica ao espaço. Quando solicitados a opinar sobre o serviço, quase sempre começavam suas argumentações diminuindo a si mesmos, como se, em decorrência da situação de dependência de drogas, não fossem capazes de fazer críticas a esse espaço (Lacerda & Fuentes-Rojas, 2017, p. 367).

Relato de mulher:

> *“Assim, eu mesmo, é igual eu tava falando pro pessoal que veio aqui. Antigamente eu falava assim ‘ah é, eles estão lá só porque eles estão sendo pagos, porque senão eles não tavam nem aí’. Algumas pessoas pode ser que seja assim, só que, eu fui tratada de uma forma assim, eles me acolheram aqui de uma forma assim tão carinhosa que eu me apeguei aos funcionários aqui do CAPS, entendeu?! Então assim, é igual eu falo pra eles, que eu agradeço muito todo o apoio que eles tava me dando, porque foi o que me ajudou, entendeu?! [...]”(Mulher, 20 anos*) (Lacerda & Fuentes-Rojas, 2017, p. 367).

Ao mostrá-lo como um local acolhedor e que proporciona o acesso a direitos para além da saúde, em algumas falas, foi perceptível uma relação de dependência muito intensa entre alguns usuários e o CAPS, em que os primeiros acabavam transferindo ao serviço a função de resolver demandas que não dizem respeito às atribuições dessa instituição. Esse contexto chama a atenção para o sentido conferido a essa instituição como um espaço de resolução de problemas dos usuários, deixando o tratamento em segundo plano (Lacerda & Fuentes-Rojas, 2017, p. 368).

O sentido do CAPS como ambiente de reinserção social também se fez manifesto. Ocorreram relatos em que houve um reconhecimento das ações e articulações desse serviço para a reinserção de seus usuários na sociedade. Essa interpretação esteve presente em usuários em acompanhamento no serviço há mais de dois anos, que se referem à boa relação com os funcionários e à forte relação de vínculo (Lacerda & Fuentes-Rojas, 2017, p. 368).

O sentido do CAPS como um local que despreza, [...] pode ser reflexo de um serviço que atende a uma demanda maior do que sua própria capacidade (Lacerda & Fuentes-Rojas, 2017, p. 369).

Realidades em números

Apesar de compreendermos os tipos de representações do serviço do CAPS-AD às usuárias, é necessário tomar conhecimento, também, das representatividades e frequências dessas usuárias nos serviços.

Oliveira *et al.* (2017) ao caracterizarem o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas atendidas em um CAPS-AD constataram que embora a literatura internacional registre um aumento progressivo no consumo de substâncias psicoativas nas últimas décadas por mulheres, estudos apontam que elas buscam e permanecem menos no tratamento para transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas em decorrência dos aspectos históricos e culturais que envolvem o papel da mulher na sociedade, do estigma social relacionado ao consumo de substâncias psicoativas e da alteração da autoimagem. Estes aspectos reprimem as suas atitudes e favorecem o sentimento de vergonha. Como consequência, as mulheres retardam a busca de tratamento para seu transtorno (Oliveira *et al.,* 2017, p. 7).

Ribeiro e Carvalho (2015) ao analisarem as características sociodemográficas e o padrão de uso de drogas em pacientes dos CAPS-AD em grupos de usuários no início do tratamento e já no terceiro mês, verificaram-se que a maioria dos entrevistados fez uso de um ou mais tipos de drogas por mais de 10 anos. Álcool, seguido do tabaco, maconha, cocaína e crack foram as utilizadas por mais tempo (mais que 10 anos) em ambos os grupos estudados. No presente estudo, verificou-se menor proporção de mulheres no grupo de terceiro mês comparado ao grupo de início de tratamento (15,5% e 20,1%, respectivamente), indicando prevalência ainda menor de mulheres em fases mais adiantadas de tratamento (Ribeiro & Carvalho, 2015, p. 225).

O baixo número de mulheres dependentes de drogas em tratamento nos CAPS-AD revela a importância de estratégias, no âmbito da atenção básica, que possam criar condições para que elas, primeiro, acessem o serviço e, posteriormente, apropriem-se do tratamento necessário, a fim de que possam encontrar o apoio que precisam para a sua recuperação. Nesse sentido, é preciso que o serviço leve em consideração as singularidades das mulheres, considerando os aspectos que permeiam o universo das usuárias de drogas (Ribeiro & Carvalho, 2015, p. 228).

Pelo seu caráter de fácil acesso, o álcool e o tabaco, drogas lícitas, apresentam-se como sendo as mais consumidas pelos pacientes dos CAPS-AD. São diversos os agravos à saúde já relacionados a essas drogas. Nesse sentido, ressalta-se a importância de ações de prevenção para abuso dessas drogas na população de forma geral, bem como estratégias específicas que atentem para a problemática de abuso de drogas lícitas pelos pacientes de CAPS-AD, mesmo entre aqueles cujo principal motivador da busca pelo tratamento foram as drogas ilícitas (Ribeiro & Carvalho, 2015, p. 228).

Oliveira *et al.* (2017, p. 10) ressaltam sobre essa necessidade:

> *De ações de promoção e atenção à saúde no território, para resgatar as mulheres com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas e melhorar o acesso delas aos dispositivos de saúde, bem como tentar minimizar o estigma e o preconceito ainda difundidos na sociedade quanto aos valores morais que envolvem o comportamento de mulheres que utilizam substâncias psicoativas.*

Lima, Coelho e Andrade (2017) apresentam indicadores relacionados às mulheres que fazem uso excessivo de álcool. Os resultados foram obtidos com base em informações de 36 mulheres dependentes de álcool no município de João Pessoa, levando em consideração as mulheres que buscavam tratamento no Caps AD III, Centro POP e Ruartes (Lima, Coelho e Andrade, 2017, p. 804). Segundo dados do Programa das Nações Unidas (PNUD) (2013), para o estado da Paraíba, 36,1% das mulheres que fazem uso excessivo de álcool estavam na faixa etária de 18 a 39 anos de idade e cerca de 14% não possuíam grau de instrução (Lima, Coelho & Andrade, 2017, p. 805).

Entre as entrevistadas que relataram consumir excessivamente bebidas alcoólicas, 91,67% relataram fazer uso em conjunto com outras drogas. “O uso de antidepressivos e de cigarro pode ser entendido como uma busca dessas substâncias como terapia para auxiliar no tratamento da dependência de álcool, visto que o antidepressivo é prescrito provavelmente pelos médicos onde as mulheres buscam tratamento e o cigarro é tido como uma droga de menor risco que o álcool (FINOTTI, 2015, citado como em Lima, Coêlho & Andrade, 2017, p. 805).”

Sobre o uso de álcool, a maioria (79,46%) também confirmada no estudo de Almeida (2013, *apud* Lima, Coelho e Andrade, 2017, pp. 805-806), faz uso de álcool isoladamente ou combinado com outras drogas. Tal estudo objetivou averiguar os fatores associados ao abandono do tratamento para a dependência química no município de João Pessoa, concluindo que o consumo do crack e principalmente do álcool são grandes contribuintes para o abandono do tratamento.

Horta *et al.* (2015) constataram em termos percentuais, o crescimento das taxas de hospitalização por diagnósticos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas entre os homens foi de 125% no período, enquanto entre as mulheres foi de 445%.

Os dados examinados mostraram estabilidade ou crescimento nas taxas de internações acompanhadas de redução dos tempos médios de hospitalização, de modo simultâneo à efetivação da oferta de serviços substitutivos no Estado (Horta *et al.,* 2015, p. 925).

O fortalecimento das redes locais de cuidado em saúde mental, com a oferta de atenção em saúde mental em diferentes municípios do Estado, pode

explicar, pelo menos em parte, as flutuações nas taxas examinadas. Entretanto, a implantação das redes locais não tem sido homogênea, pois em algumas regiões do estado observou-se, no mesmo período, cobertura insuficiente dos serviços especializados (Horta *et al.,* 2015, p. 925).

Os padrões contemporâneos de consumo de álcool e outras drogas e a inserção das mulheres de um modo amplo em todos os mercados se associaram à reformulação do setor saúde mental, com oferta de serviços nas comunidades, por enquanto, com taxas mais elevadas de hospitalizações em psiquiatria. Este aumento foi suportado, em parte, por se alcançar um dos objetivos da reforma assistencial do setor, com a redução proposta nos tempos médios de hospitalização (Horta *et al.,* 2015, p. 927).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos a cerca dessas temáticas tornam-se bastante amplos diante tantas vertentes e possibilidades de trabalho. Falar sobre saúde mental, mulheres e álcool varia de contexto para contexto, de cultura para cultura, exigindo do pesquisador a habilidade de explorar e compreender os fenômenos que o cercam. Falar sobre saúde mental é falar sobre o sofrimento e a felicidade, é falar sobre os aspectos que influenciam a psique do ser humano, já ao falar sobre mulheres é necessário além de falar sobre a saúde biopsicossocial, haver a compreensão de todo o contexto antropológico e sociohistórico em que ela pode estar inserida, e ao abordar a temática do álcool restrige-se o tema a uma pequena parte da população que sofre deste fator, limitando-se há apenas uma parcela de todo o contexto.

Os resultados desse trabalho falam principalmente sobre cinco temas gerais aos quais pode-se expor e dialogar sobre os resultados dos artigos, sejam eles: o impacto do álcool sobre a vida das mulheres; fatores agravantes; representações subjetivas a cerca do álcool; representações a cerca do serviço; e realidades em números.

A proposta final de oferecer uma compreensão sobre as produções acadêmicas dos últimos cinco anos sobre esta temática foi cumprida tendo em vista a possibilidade de uma construção de uma discussão encima dos artigos encontrados.

A condição de saúde mental das mulheres que fazem uso do álcool é bastante discutida e preocupante, tendo em vista que é influenciada por vários aspectos, tais como as relações familiares, relações íntimas, relações sociais, relações com os próprios serviços especializados, e até relações com outras substâncias psicoativas. Faz-se necessário pesquisar cada vez mais sobre esta temática a fim de subsidiar conhecimentos capazes de auxiliar profissionais da área a aprimorar sua *praxys*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, J. A. G., de Souza, M. C. M. R & Freitas, M.I.F. Violência sexual: narrativas de mulheres com transtornos mentais no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2015;37(4/5):273–8.

BRASIL. **Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Ministério da Saúde.

BRASIL. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde.

DIEHL, A., Cordeiro, D. C., Laranjeira, R. & cols. Dependência quimica: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: **Artmed**, 2011.

EDWARDS, G., Marshall, E. J. & Cook, C. C. H. O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde; tradução Amarilis Eugênia Fernandez Miazzi; Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição Ronaldo Laranjeira, Marcelo Ribeiro. 4ed, Porto Alegre: **Artmed**, 2005.

FEJES, M. A., Ferigato, S. H. & Macolino, T. Q. Saúde e cotidiano de mulheres em uso abusivo de álcool e outras drogas: uma questão para a Terapia Ocupacional**. Rev Ter Ocup Univ**. São Paulo. 2016 set.-dez; 27(3): 254-62. DOI: http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i3p254-262.

HORTA, R. L., Costa, J. S. D., Balbinot, A. D., Watte, G., Teixeira, V. A. & Poletto, S. Hospitalizações psiquiátricas no Rio Grande do Sul de 2000 a 2011. **Rev Bras Epidemiol** Out-Dez 2015; 18(4): 918-929.

KANO, M. Y., Santos, M. A. & Pillon, S. C. Uso do álcool em idosos: validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G). **Rev Esc Enferm USP** 2014; 48(4):648-55 www.ee.usp.br/reeusp/. DOI: 10.1590/S0080-623420140000400011.

KENDLER, K.S., Walters, E.E., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heart, A.C. & Eaves, L.J. The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. Archives of General Psychiatric 52, 374-83. (1995). Apud Edwards, G., Marshall, E. J. and Cook, C. C. H. O tratamento do Alcoolismo: Um guia

para profissionais da saúde; tradução Amarilis Eugênia Fernandez Miazzi. 4ed, Porto Alegre: **Artmed**, 2005, pag 154.

LARANJEIRA, R., Pinsky, I., Zaleski, M. & Caetano, R. I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007. Apud Diehl, A., Cordeiro, D. C., Laranjeira, R. & cols. Dependência quimica: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: **Artmed**, 2011.

LIMA, I. M. B., Coêlho, H. F. C. & Andrade, J. M. Uso do método Respondent Driven Sampling para avaliação do alcoolismo em mulheres. **Saúde debate** | Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 801-811, jul-set 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711410.

LINDBERG, S. & Agren, G. Mortality among male and female hospitalized alcoholics in Stockholm 1962-1983. British Journal of Addiction 83, 1193-200. (1998). Apud Edwards, G., Marshall, E. J. and Cook, C. C. H. O tratamento do Alcoolismo: Um guia para profissionais da saúde; tradução Amarilis Eugênia Fernandez Miazzi. 4ed, **Porto Alegre: Artmed**, 2005, pag 156.

MACEDO, J. P., Dimenstein, M., Silva, B. I. B. M., Sousa, H. R. & Costa, A. P. A. Apoio Social, Transtorno Mental Comum e Uso Abusivo de Álcool em Assentamentos Rurais. **Trends Psychol**, Ribeirão Preto, vol. 26, nº 3, p. 1123-1137 - Setembro/2018. DOI: 10.9788/TP2018.3-01Pt.

OLIVEIRA, G.C., Dell'Agnolo, C. M., Ballani, T. S. L., Carvalho, M. D. B. & Pelloso, S. M. Consumo abusivo de álcool em mulheres. **Rev Gaúcha Enferm**., Porto Alegre (RS) 2012 jun; 33(2): 60-68.

OLIVEIRA, V. C., Capistrano, F. C., Ferreira, A. C. Z., Kalinke, L. P., Felix, J. V. C. & Maftum, M. A. Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas atendidas em um CAPS AD do Sul do país. **Rev baiana enferm** (2017); 31(1):e16350. DOI 10.18471/rbe.v31i1.16350.

PLANT, M. Women and alcoho: Contemporary and Historical Perspectives. London: Free Assosciation Books. (1997) Apud Edwards, G., Marshall, E. J. & Cook, C. C. H. O tratamento do Alcoolismo: Um guia para profissionais da saúde; tradução Amarilis Eugênia Fernandez Miazzi. 4ed, Porto Alegre: **Artmed**, 2005, pag 154.

RIBEIRO, D. R. & Carvalho, D. S. O padrão de uso de drogas por grupos em diferentes fases de tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD). J **Bras Psiquiatr.** 2015;64(3):221-9. DOI: 10.1590/0047-2085000000082.

SILVA, M. G. B. & Lyra, T. M. O beber feminino: socialização e solidão. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 772-781, jul-set 2015. DOI: 10.1590/0103-1104201510600030017.

SOCCOL, K. L. S., Terra, M. G., Padoin, S. M. S., Ribeiro, D. B., Siqueira, D. F. & Canabarro, J. L. Motivos do abuso de substâncias psicoativas por mulheres assistidas em Centro de Atenção Psicossocial. **Rev Gaúcha Enferm**. 2018;39:e20170281. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170281.

VARGAS, D., Soares, J., Leon, E., Pereira, C. F. & Ponce, T. D. O primeiro contato com as drogas: análise do prontuário de mulheres atendidas em um serviço especializado. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, V. 39, N. 106, P. 782-791, jul-set 2015. DOI: 10.1590/0103-1104201510600030018.

WILSNACK, S.C., Wilsnack, R.W. & Hiller-Sturmhofel, S. How women drink. Epidemiology of women's drinking and problem drinkin. Alcohool Health and Research World 18,173-84. (1994). Apud Edwards, G., Marshall, E. J. &Cook, C. C. H. O tratamento do Alcoolismo: Um guia para profissionais da saúde; tradução Amarilis Eugênia Fernandez Miazzi. 4ed, Porto Alegre: **Artmed**, 2005, pag 154.

WHO (2001). Strengthening mental health promotion. Geneva,CH: World Health Organization (Fact sheet no. 220) (retirado em Janeiro de 2014, de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/) apud Ribeiro J. P., Neto C., Silva M., Abrantes C., Coelho M., NunesJ., & Coelho V. Ulterior Validação do Questionário de Saúde Geral de Goldberg de 28 Itens. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 2015, 16(3), 278-285. Eissn - 2182-8407. DOI: http://dx.doi.org/10.15309/15psd160301.

SOBRE OS AUTORES:

João Pereira Amorim Filho. Pós-graduado em Psicologia Clínica e Saúde Mental pelo Centro Universitário Cesmac. Graduado em Psicologia pelas Faculdades Integradas de Patos – UNIFIP. E-mail: joao_jap13@hotmail.com

Ícaro da Silva Gomes. Residente em Saúde Materno Infantil pela Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN). Pós-Graduando em Saúde Mental e Redes de Atenção Psicossocial pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo (IESM). Pós-Graduando em Saúde Mental da Criança e do Adolescente pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo (IESM). Graduado em Psicologia pelas Faculdades Integradas de Patos – UNIFIP. E- mail: icarosilva81@hotmail.com

Rogério Costa Ferro. Especialização em andamento em Processos Educacionais na Saúde pelo Hospital Sírio-Libanês, SIRIO-LIBANÊS, Brasil. Especialização em andamento em Saúde Pública pela Universidade Federal de Alagoas, UFAL, Brasil. Especialização em Dependência Química pelo Centro Universitário Cesmac, CESMAC, Brasil. Graduação em Psicologia pela Fundação Educacional Jayme de Altavila, FEJAL, Brasil. E-mail: rogeriocostaferro@gmail.com.

LIDERANÇA DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA: EXPECTATIVA VERSUS REALIDADE

Patient leadership in basic care: expectation vs reality

SANTOS, Matheus Moreira
Centro Universitário Max Planck de Indaiatuba

QUEIROZ, Patricia Helena Breno
Centro Universitário Max Planck de Indaiatuba

MENEGOCIO, Alexandro Marcos
Centro Universitário Max Planck de Indaiatuba

RESUMO: O objetivo principal dessa pesquisa é compreender como os enfermeiros entendem o papel da liderança em seu cotidiano de trabalho. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, com enfermeiras das 16 Unidades Básicas de Saúde de Indaiatuba, SP, que responderam um instrumento com questões semiestruturadas, durante o mês de novembro de 2018. As entrevistadas têm, em média, 40 anos, graduadas há mais de 13 anos e 10 anos de atuação na Atenção Básica. Sua maioria relatou possuir especialização e mais da metade não atua como gestoras da unidade onde trabalhavam. Parte delas acreditava que ser líder é gerenciar a equipe, atingir um objetivo e gerenciar o processo de trabalho. Para as enfermeiras entrevistadas, as principais características de um líder são: a empatia, a divisão de responsabilidade, o respeito, a flexibilidade e o saber ouvir. Elas acreditam que a liderança é algo inerente à profissão e ao cotidiano de trabalho, e que deve ser construída todos os dias.

Palavras-chaves: Enfermagem de Atenção Primária, Administração de Serviços de Saúde; Liderança.

Abstract: The main of this research is to understand how nurses understand the role of leadership in their daily work. This is a descriptive research on the quantitative question with the nurses of the 16 health units, based on a questionnaire on the semi-structured questions of the year 2018. 13 years of training and 10 years of study in primary care. Their majority was specialized, and more than half were not as managers of the unit where they worked. It is administered to everything and the process is one to the approach. Compared nursing as the main characteristic of a keyword was empathy, sharing responsibility, respecting, being flexible and knowing how to listen. These are those that are inherent to the profession and to the daily work, and that must be done every day.

Keywords: Primary Care Nursing, Health Services Administration; Leadership.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que, nos serviços de Atenção Primária em Saúde, faz-se necessária a presença de um gestor da unidade. Contudo, observou-se que essa

função é comumente assumida pelo enfermeiro, visto que esse profissional possui um conjunto de habilidades e competências único, que lhe permite incorporar ações de promoção à saúde e de prevenção a doenças, além de articular as atividades de vários outros trabalhadores da área.

Para Ávila et al. (2012):

> *"Liderança consiste em saber conduzir e organizar o trabalho da equipe para o atendimento eficiente. O líder é entendido como ponto de apoio, seja na educação ou na coordenação do serviço. Ele estimula o grupo ao desenvolvimento pleno do seu potencial, o que interferirá diretamente na qualidade da assistência prestada ao indivíduo e/ou à comunidade."*

A dimensão interpessoal e a competência humana do enfermeiro líder são fatores de motivação e de suporte para o trabalho em equipe. A capacidade do líder de perceber, atender e estar conectado às necessidades da equipe de trabalho reforça o sentimento de pertencimento e nutre a autoestima de todos no grupo, levando-os a atingir o objetivo de excelência na prática clínica.

A questão da liderança em enfermagem foi introduzida por Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna na segunda metade do século XIX. Durante a Guerra da Criméia, Florence se envolveu em atividades administrativas hospitalares e demonstrou habilidades de gerenciamento e liderança ao supervisionar e organizar o cotidiano das enfermeiras e da assistência aos soldados feridos (REZENDE et al., 2013).

Segundo as diretrizes curriculares do curso de graduação em Enfermagem, uma das competências e habilidades gerais que o formando deve apresentar é a liderança, pois, com ela, estará apto a assumir posições de ascendência, as quais sempre devem visar ao bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz (CNE, 2018).

Pressões dos serviços de saúde sobre os enfermeiros recém-formados também são expressivas, especialmente, quando eles são designados para cargos de chefia. Esses iniciantes, muitas vezes, lideram o trabalho de técnicos e auxiliares de enfermagem que têm larga experiência e habilidades técnicas, o que pode trazer ao novato alguma insegurança, quando não desenvolveu, durante a graduação, habilidades gerenciais (MARTINS; CARDOSO, 2015).

Segundo Martins (2015), o enfermeiro, sendo líder natural da equipe de enfermagem, ao se formar, deve estar preparado para liderar, porém, às vezes, tal habilidade não se aflora e ele chega ao mercado de trabalho despreparado para assumir a posição de chefia.

> *"Inevitavelmente, o enfermeiro desenvolverá a habilidade de liderança, independentemente de suas características pessoais, pois, a Enfermagem requer um profissional competente, capaz de lidar com a grande diversidade humana, além de estar apto para resolver problemas e propor mudanças, apontando soluções para o que não satisfaz as necessidades da população e da equipe."* (MARTINS; CARDOSO, 2015).

Estudos evidenciam que mais de 83% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) são gerenciadas por enfermeiros. Isso demonstra que são profissionais predispostos a ocuparem o cargo de gestor (MARTINS; CARDOSO, 2015).

Por serem comumente designados para a atuação como líderes das UBS, podem sentir dificuldades para desempenhar seu papel, conforme aponta Carrara:

> *"A passagem da condição de estudante para a de profissional pode resultar em estresse para os profissionais recém-graduados em Enfermagem pelo fato de terem que enfrentar certos desafios ao vivenciarem incongruências entre o aprendizado adquirido na academia e a realidade encontrada no seu ambiente de trabalho."* (carrara et al., 2015)

Desde a graduação, esse profissional é preparado para ser líder de sua equipe e gestor do seu posto de trabalho. Sendo assim, essa pesquisa buscou compreender como o enfermeiro que trabalha na Atenção Primária entende seu papel de liderança e se a equipe o considera líder, além das dificuldades encontradas para liderar.

OBJETIVOS

O objetivo principal dessa pesquisa é compreender como os enfermeiros entendem o papel da liderança no seu cotidiano de trabalho.

Como objetivos específicos, pretende-se:

- comprovar a lideranças dos enfermeiros no âmbito da Atenção Primaria;
- apresentar as dificuldades para liderar;

- responder se houve preparo na graduação para liderança.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa que, para Gil (2002), busca “descrever as características de determinadas populações ou fenômenos”. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

Enfermeiros das 16 UBS do município de Indaiatuba-SP foram convidados a responder um instrumento com questões semiestruturadas, com perguntas abertas e fechadas, elaborado de forma a atender aos objetivos da pesquisa (Apêndice 1).

O instrumento foi aplicado a 16 enfermeiros atuantes na Atenção Básica há mais de um ano, que estavam presentes na unidade no período de 09 a 27 de novembro de 2018, no momento da sua aplicação, e que aceitaram participar da pesquisa. Aqueles que, na ocasião da entrevista, estavam de férias, licença ou ausentes foram excluídos da pesquisa.

Conforme estabelecido na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, foi apresentado aos participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para formalizar a anuência de inclusão dos sujeitos no estudo, com a livre decisão de participar ou não deste, assim como a permissão para descontinuar sua participação a qualquer momento. Além disso, a fim de atender às exigências éticas para a realização de pesquisas, foi garantida a preservação do sigilo da identificação dos participantes. Por fim, faz-se imperativo saber que esse mecanismo de análise foi autorizado pelo CEP Centro Universitário Padre Anchieta/SP, sob o protocolo de n° 01219518.3.0000.5386.

Todas as respostas foram descritas por meio de frequências e porcentagens para variáveis quantitativas e os dados obtidos foram analisados por meio do Microsoft Office Excel, um editor de planilhas produzido pela Microsoft para computadores que utilizam o sistema operacional Microsoft Windows.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 16 enfermeiras com média de 10 anos de trabalho na Atenção Básica e tempo estimado de formação entre elas de 13 anos e meio.

A maioria das entrevistadas, cuja média de idade é de 39,8 anos, sendo a mais experiente com 55 anos e a mais jovem com 28, relata possuir, pelo menos, uma especialização: Administração hospitalar (1); Obstetrícia (3); Auditoria (1); Saúde da família (9); Enfermagem do trabalho (3); Cardiologia (1); Saúde pública (2); Urgência e emergência (2); Licenciatura (2); Cuidados pediátricos (2); Oncologia (1). Todas relataram satisfação pessoal com seu trabalho.

Observou-se, através dos dados coletados, que 69% delas não são gestoras da unidade onde trabalham. (Figura 1)

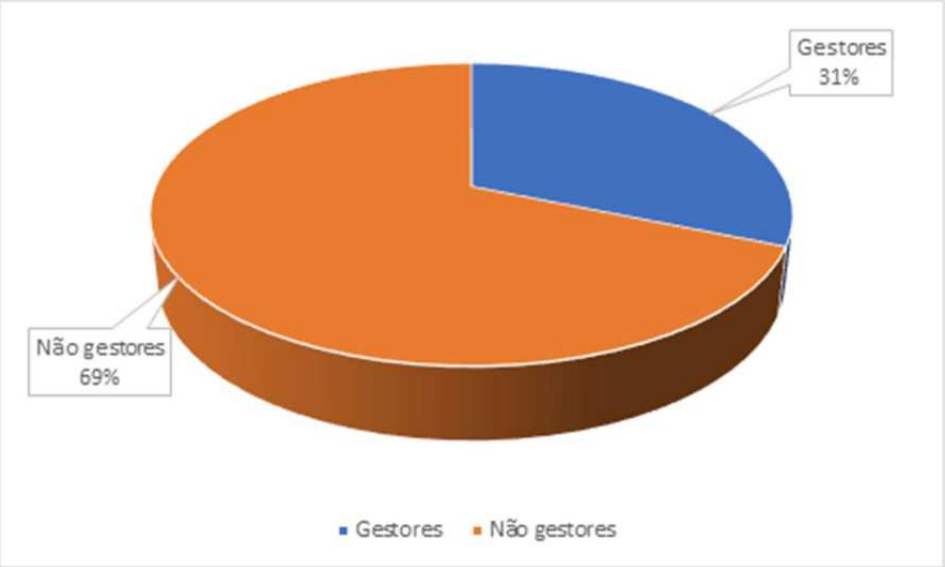


Figura 1: Porcentagem de gestoras e não gestoras entrevistadas nas unidades de Atenção Básica, Indaiatuba-SP, 2018.

Perguntou-se às entrevistadas o que para elas é ser um líder e três padrões de diferentes de resposta foram observados, conforme descrito a seguir.

- 44% acreditam que ser líder é gerenciar o processo de trabalho e a equipe, com todas as suas atribuições, e atingir um objetivo;
- 37% pensam que liderar consiste em ter empatia, tomar decisões compartilhadas, ouvir a equipe e ser uma pessoa que os outros seguem para atingir uma meta;

- 19% consideram que ser líder é ter responsabilidade, respeito, espírito colaborativo e auxiliar a equipe.

Quando perguntadas sobre as características que julgam importantes para um enfermeiro ser líder na Atenção Básica, surgiram três padrões de resposta:

- para 50% do total, as características principais são a empatia, a correta divisão de responsabilidades, o respeito, a flexibilidade e o saber ouvir;
- para 37%, é imprescindível que o líder seja responsável, experiente e tenha conhecimento do processo de trabalho;
- para 13%, para liderar é preciso ter humildade, estimular o companheirismo e ser justo.

Outrossim, todas as enfermeiras entrevistadas afirmaram gostar do que fazem, mas aludem para a necessidade que encontraram de aprimorar sua liderança para a prática profissional após a formação.

As entrevistadas acreditam que as equipes de enfermagem e a multiprofissional aceitam a liderança. A exceção é uma enfermeira que referiu não exercer liderança. (Figura 2)

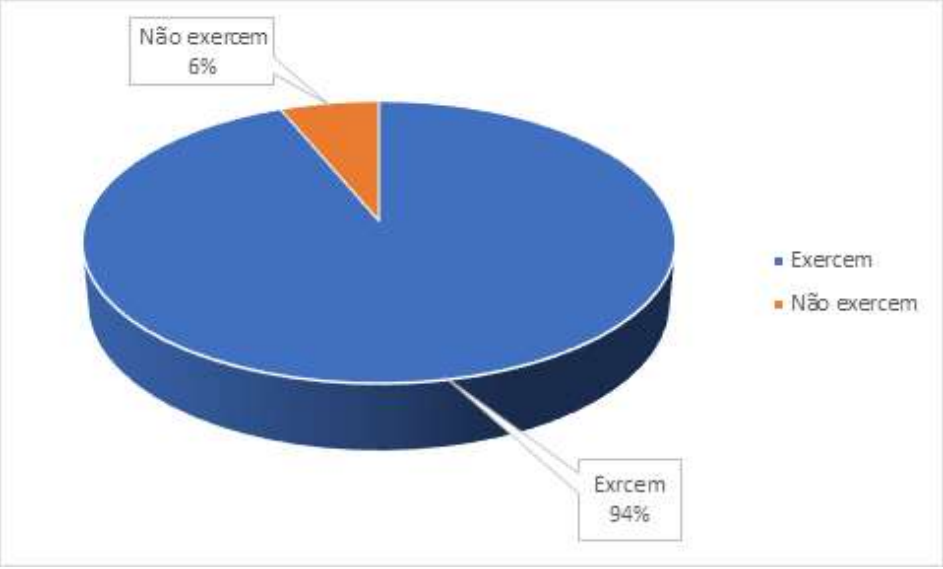


Figura 2: Porcentagem de Enfermeiras da Atenção Básica que referem exercer liderança, Indaiatuba-SP, 2018.

Quando perguntadas se gostariam de ter mais liderança, 69% asseguraram que não. Ao mesmo tempo, quando questionado se gostariam de

ter menos liderança, 18,75% disseram que sim e 81,25% afirmaram que não gostariam de ter menos liderança.

Ainda, para 56% das enfermeiras, a graduação não as preparou para a liderança, enquanto 44% delas afirmaram que sim. (Figura 3)

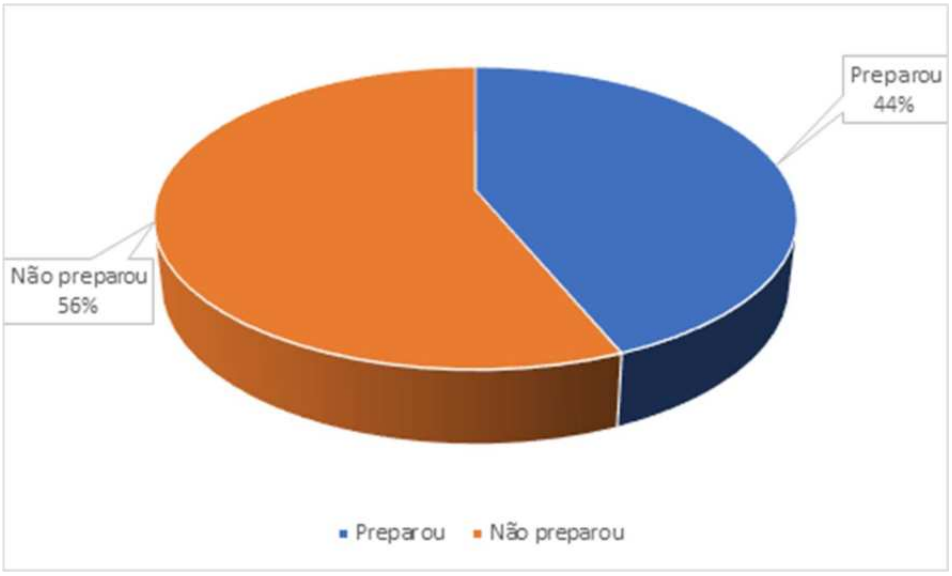


Figura 3: Porcentagem de Enfermeiras da Atenção Básica que se consideram preparadas no curso de graduação para a liderança. Indaiatuba-SP, 2018

Por fim, acerca dos dados obtidos constatou-se que:

- 75% das profissionais acreditam que a dificuldade de liderar está ligada à desmotivação, à falta de apoio para o exercício da função, aos conflitos e à resistência da equipe;
- 19% relacionam a dificuldade em liderar com a falta de comunicação, com a gestão, com privilégios políticos e com a equipe que resiste às mudanças;
- somente 6% das entrevistadas acreditam que não há nenhuma dificuldade em liderar.

DISCUSSÃO

Segundo Martins e Cardoso (2015), no estudo “Uma reflexão crítica sobre as dificuldades do enfermeiro recém-formado no exercício da liderança”, mais de 83% das UBS são gerenciadas por enfermeiros. Contudo, na pesquisa realizada, observou-se que, nas UBS de Indaiatuba visitadas, apenas 31% delas são gerenciadas por enfermeiras.

Nas diretrizes curriculares do curso de graduação em Enfermagem, uma das competências e habilidades gerais que o formando em Enfermagem deve possuir é a liderança. Todavia, identificou-se que mais da metade das profissionais (56%) afirmou que a graduação não as preparou para essa função, o que resultou no desenvolvimento da liderança pela prática profissional depois de formadas.

Surge aqui um importante questionamento: esses profissionais não tinham a liderança inata ou se não a desenvolveram por deficiência do curso de graduação? Para Rezende et al. (2013), um dos motivos que contribui para a dificuldade no exercício da liderança é a insuficiência da formação profissional para o alcance dessa competência.

Segundo Coutinho et al. (2019), essas dificuldades estão no relacionamento interpessoal, na não aceitação do líder por parte da equipe, em profissionais desatualizados e fatores relacionados à inexperiência, quando se trata de enfermeiros recém-formados. As respostas das enfermeiras de Indaiatuba corroboram as afirmativas dos estudiosos, visto que 75% acreditam que a dificuldade de liderar está ligada à desmotivação, à falta de apoio, aos conflitos e à resistência da equipe.

As respondentes referiram ampliar sua capacidade de liderança depois de formada, o que para Martins e Cardoso (2015) é inevitável, pois o enfermeiro desenvolverá a habilidade de liderança independente de suas características pessoais. Isso porque a Enfermagem requer um profissional competente, capaz de lidar com a grande diversidade humana, além de estar apto para resolver problemas e propor mudanças, apontando soluções para o que não satisfaz as necessidades da população e da equipe. O enfermeiro, como profissional e coordenador da equipe de enfermagem, precisa exercer liderança e, para isso, é indispensável que desenvolva essa habilidade.

De acordo com Ávila et al. (2012), entre as características pessoais importantes na formação do enfermeiro líder estão a valorização da responsabilidade e do comprometimento, a motivação e o bom humor; já para as entrevistadas, as principais características de um líder são a empatia, a divisão correta das responsabilidades, o respeito, a flexibilidade e o saber ouvir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para as profissionais que participaram dessa pesquisa acadêmica, o papel da liderança se mostrou algo inerente à profissão e ao cotidiano de trabalho, e que deve ser construído, todos os dias, com ações que promovam a empatia, a delegação adequada das responsabilidades, o respeito, a flexibilidade e o saber ouvir.

Foi comprovado que os enfermeiros exercem grande liderança na Atenção Primária, seja na equipe de enfermagem ou no serviço como um todo.

Para liderar na Atenção Primária, existem algumas dificuldades e a maioria delas está atrelada a falhas no relacionamento interpessoal, como a desmotivação, a falta de apoio para o exercício da função, os conflitos e a resistência da equipe.

Ser líder, para as enfermeiras, é caminhar com a equipe em busca de objetivos comuns, gerenciá-la e orientar o processo de trabalho. O líder consegue compreender a singularidade de cada indivíduo e conduzi-lo da melhor forma possível, a fim de que possam atingir juntos o objetivo final.

Ainda, para grande parte das entrevistadas, a graduação não as preparou para serem líderes e isso ocorre porque nem todos os profissionais da área dotam de uma liderança inata. Entretanto, pode-se afirmar que, com o decorrer do trabalho e da vida profissional, essa liderança vai aflorando em cada um.

O líder é o ponto de apoio, a referência e o exemplo; ele conduz e organiza o trabalho da equipe, além de estimular o desenvolvimento do potencial de cada integrante de sua equipe.

A precursora da Enfermagem, Florence Nightingale, revolucionou a profissão ao atrelar ao líder a gerência, a supervisão e a organização do cotidiano da assistência. Hodiernamente, essa mesma liderança é realizada pelos enfermeiros nos serviços de saúde que, sem ela, perderiam muita qualidade na assistência prestada.

As enfermeiras da Atenção Primária de Indaiatuba compreendem que ser líder não é necessariamente ser chefe, isto é, aquele indivíduo investido de poder para ocupar lugar de mando. Para elas, a liderança é uma habilidade que, de fato, será desenvolvida e/ou aprimorada na prática profissional. Isso explicita que a Enfermagem, na graduação e no exercício da função, necessita trabalhar

as competências para liderança para que o profissional, quando líder, seja o apoio e o melhor exemplo para toda a equipe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁVILA, Veridiana Corrêa et al. VISÃO DOS DOCENTES DE ENFERMAGEM SOBRE A FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS-LÍDERES. **Revista Cogitare Enfermagem**, Pelotas, v. 4, n. 17, p.621-627, dez. 2012. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/30357/19635>. Acesso em: 20 jul. 2018.

CARRARA, Gisleangela Lima Rodrigues et al. O Ensino da Liderança na Graduação em Enfermagem. **Investigação Qualitativa em Educação**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p.108-113, 2015. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/225/221>. Acesso em: 18 jun. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução Cne/ces nº 3, de 07 de novembro de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**.

COUTINHO, Adriana Fernandes et al. **Gestão em Enfermagem de pessoal na estratégia saúde da família.** 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/237019/31190>. Acesso em: 03 mar. 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 2002. Disponível em: <http://www.urca.br/itec/images/pdfs/modulo%20v%20-%20como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf>. Acesso em: 12 maio 2018.

MARTINS, Aline B.; CARDOSO, Dra. Marcela Lima. **Uma reflexão crítica sobre as dificuldades do Enfermeiro recém-formado no exercício da liderança.** 2015. Disponível em: <http://www.vitrineacademica.dombosco.sebsa.com.br/index.php/vitrine/article/download/41/41>. Acesso em: 13 jul. 2018.

REZENDE, Barbara Carneiro et al. **Dificuldades enfrentadas pelos Enfermeiros na prática da liderança em enfermagem:** uma revisão da literatura. 2013. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/258>. Acesso em: 15 maio 2018.

USO DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS NO CONTROLE DA DOR NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA

Use of non pharmacological methods in control of pain during at work of childbirth and childbirth: Integrative review

MOREIRA, Leonardo dos Santos
Centro Universitário de Jaguariúna

BALLESTEROS, Karine Batagin
Centro Universitário de Jaguariúna

SILVEIRA, Carla
Centro Universitário de Jaguariúna

JACOB, Lia Maristela da Silva
Centro Universitário de Jaguariúna

RESUMO: As medidas voltadas para assistência e humanização no momento do parto favorecem a mulher no período gravídico, visto que contribuem de forma efetiva para minimização da dor, diminuindo as chances de intervenções em todo processo de parto. Este estudo teve como objetivo, identificar os métodos não farmacológicos (MNFs) no controle da dor durante o trabalho de parto e parto, utilizados e relatados na literatura pelos profissionais de saúde. Realizamos uma pesquisa nas bases de dados LILACS, SciElo e MEDLINE com os descritores de saúde**:** dor do parto, trabalho de parto, enfermagem obstétrica. Dos 32 artigos brasileiros encontrados, apenas 14 atenderam aos critérios de elegibilidade, sendo eles publicados entre 2010 e 2016. Os métodos MNFs tem sido utilizados com mais frequência e contribuem no conforto e alívio da dor durante o trabalho de parto e parto.

Palavras-chaves: Dor de parto; Enfermagem obstétrica; Trabalho de parto.

Abstract: The measures aimed at assistance and humanization at the moment f childbirth, they favor woman in the pregnancy period, since they contribute in an effective way to minimize pain, decreasing the chances of interventions throughout the childbirth process. This study aimed to identify non pharmacological methods (NPMs) for the control of pain during labor, used and reported in the literature by health professionals. A research was accomplished in the bases of data LILACS, SciElo e MEDLINE with the descriptors of health: Labor pain, obstetric nursing, labor, obstetric .Of the 32 brazilian articles found, only 14 met the eligibility criteria, being they published among 2010 and 2016. The NPMs has been used more often and contribute in the comfort and pain relief during labor and childbirth.

Keywords: Labor pain; Obstetric nursing; Labor, obstetric

INTRODUÇÃO

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) a dor é uma experiência sensorial ou emocional desagradável associada a lesão tecidular, real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (PIMENTA; TEIXEIRA,2000). A dor é sempre subjetiva. Cada indivíduo aprende a utilizar este termo através de suas experiências prévias, relacionadas a danos (MERSKEY,1991). A dor pode ser classificada em três tipos: dor aguda, dor crônica e dor recorrente. A dor aguda se manifesta transitoriamente durante um período relativamente curto, de minutos a algumas semanas, associada a lesões em tecidos ou órgãos, ocasionadas por inflamação, infecção, traumatismo ou outras causas. A dor crônica tem duração prolongada, que pode se estender de vários meses a vários anos e que está quase sempre associada a um processo de doença crônica. A dor recorrente; apresenta períodos de curta duração que, no entanto, se repetem com frequência, podendo ocorrer durante toda a vida do indivíduo, mesmo sem estar associada a um processo específico. Um exemplo clássico deste tipo de dor é a enxaqueca (DELLAROZA, et al, 2008)

> *"Acredita-se que 7000 anos algumas civilizações realizavam trepanações nos crânios com o objetivo de aliviar a dor de cabeça. Para os homens primitivos as doenças dolorosas ou causadas por objetos estranhos eram atribuídas a fluídos mágicos, demônios e espíritos, e seu tratamento resumia-se na retirada de possíveis objetos estranhos e no uso de amuletos, conjurações e feitiçarias para apaziguar ou afugentar os demônios que causavam a dor"* (TAINTER, 1990).

Com o passar do tempo, outras intervenções foram evidenciadas um exemplo delas é a introdução do uso de cocaína como anestésico por Heinrich Braun no ano de 1898. Já a dor de parto é definida como própria da natureza humana e não está ligada à patologia, mas sim com a experiência de gerar uma nova vida. No entanto, muitas mulheres consideram que é a pior dor sentida e, muitas vezes, superior ao que esperavam (GAYESKI; BRUGGEMANN, 2010).

No entanto, a dor de parto é influenciada não apenas pelas características individuais das parturientes, mas também por suas experiências psicológicas e por fatores culturais, étnicos, sociais e ambientais (SANTANA, 2010). Entretanto, a dor do parto ela pode propiciar momentos de desconfortos e sofrimentos, mas também marcante de forma positiva na vida de uma mulher,

visto que é um momento único e por vezes felizes. Há um reconhecimento existente de que a dor no trabalho de parto deve ser aliviada, pois pode acarretar prejuízos tanto para mãe quanto para o feto. No Brasil, vários cuidados e medidas não farmacológicas estão sendo implementadas em diversas instituições de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; SINKIN, 2004).

Desde os anos de 1960 esses métodos são estudados e nos anos 1990 começaram a ser introduzidos no Brasil incentivados e apoiados pelo Ministério da Saúde. Recentemente, o MS lançou as novas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, com incentivo nas práticas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Mamede, et al, enfatizam a importância dos MNFs, como práticas importantes que despertam na mulher uma sensação de maior liberdade no uso dos seus movimentos corporais contribuindo para o seu resgate como protagonista do parto (MAMEDE, et al 2007).

Para guiar esta revisão bibliográfica, surgiu o seguinte questionamento: Quais os métodos não farmacológicos no controle da dor durante o trabalho de parto e parto utilizados pelos profissionais da saúde, em especial os enfermeiros e relatados na literatura científica?

Com base nesse questionamento, objetivou-se realizar uma revisão integrativa da literatura, com intuito de identificarmos os recursos que os profissionais da saúde utilizaram para minimização da dor durante o trabalho de parto e parto enfrentado pelas parturientes.

METODOLOGIA

Revisão integrativa da literatura com levantamento bibliográfico realizado no período de outubro a dezembro de 2016 nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciElo), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF). Os descritores (DeCs) utilizados para a busca de artigos foram: dor de parto, trabalho de parto, enfermagem obstétrica. Somente artigos publicados no Brasil, publicados entre 2010 a 2016 em idioma português, e que continham

informações sobre o uso de métodos não farmacológicos no controle da dor durante o trabalho de parto e parto foram incluídos.

Artigos com ano inferior a 2010 ou que apresentavam métodos de analgesia e os que não atendiam os objetivos do trabalho foram excluídos.

Os dados contidos neste estudo foram conduzidos de forma ética, respeitando e identificando seus autores e demais fontes de pesquisa

RESULTADOS

Foram identificados 32 estudos que avaliaram os métodos não farmacológicos (MNFs) no controle da dor no trabalho de parto e parto. Destes, apenas 14 publicações foram selecionadas, pois atendiam aos critérios de elegibilidade e 18 deles foram excluídos por não atenderem a proposta da pesquisa. Dos 14 estudos selecionados, 10 tiveram autorias de enfermeiros, 2 de fisioterapeutas e 2 por médicos e fisioterapeutas.

Além disso, todos os artigos estavam na língua portuguesa e com origem brasileira, 9 deles continham a Escala Analógica Visual (EAV), método empregado para mensuração dos níveis da dor enfrentado pelas parturientes nas fases latente e ativa do parto.

Os MNFs mais encontrados na literatura foram: banho quente de aspersão, exercícios perineais, bola suíça, acupressão, hipnose, massagem, acupuntura, eletroestimulação transcutânea, deambulação ou mudança de posição, mobilidade materna, exercícios respiratórios, exercícios de relaxamento, aromaterapia, banho de imersão, técnicas de respiração e relaxamento, crioterapia, auriculoterapia e musicoterapia.

Os MNFs mais usados pelos enfermeiros foram: banho de aspersão, uso da bola suíça, exercícios respiratórios e de relaxamentos, massagem e deambulação ou mudança de posição.

Dos 14 artigos selecionados identificamos os seguintes desenhos: ensaio clínico controlado, randomizado e de caráter pragmático (1), estudo descritivo com abordagem qualitativa (1), ensaio clínico controlado, do tipo intervenção terapêutica (1), ensaio clínico experimental ou de intervenção, randomizado e cego (1), revisão integrativa (4), revisão sistemática (3), estudo

descritivo, com abordagem quantitativa (1), revisão da literatura (1), ensaio clínico controlado (1).

A tabela 1 apresenta o número de artigos identificados e o número de artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão.

Tabela 1. Número de artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão

Artigos encontrados	32
Não atendiam a questão da pesquisa	15
Período inferior ao da pesquisa	2
Publicação que apresentava o uso de analgesia	1
Total selecionado	**14**

A tabela 2 apresenta as principais características dos artigos e os seguintes dados: autores, ano de publicação, recurso terapêutico, profissional que realizou a pesquisa e local da realização do estudo

Tabela 2. Principais características dos artigos selecionados

Autores	Periódico	Ano de publicação	Recurso terapêutico	Profissional	Local de estudo
1.ABREU, E.A; Santos, J.D.M; VENTURA, P.L.	Revista Dor. São Paulo	2010	Eletroestimulação nervosa transcutânea	Fisioterapeutas	Teresina, PI
2.BARBIERI, M. et al.	Acta Paulista Enfermagem	2013	Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça.	Enfermeiros	São Paulo, SP
3. GALLO, R.B.S; et al.	FEMINA	2011	Banho no chuveiro, massagem, banho de imersão, bola suíça, deambulação, mobilidade materna, exercícios de relaxamento e respiratórios e eletroestimulação nervosa transcutânea.	Médicos e fisioterapeutas	Ribeirão Preto, SP
4. GUYESKI, M.E; BRUGGEMANN, O. M.	Texto Contexto Enfermagem	2010	Banho de imersão, massagem e aromaterapia.	Enfermeiros	Florianópolis SC
5. MAFETONI, R.R; SHIMO, A. K.K.	Cogitare Enfermagem	2013	Acupressão	Enfermeiros	Campinas, SP
6. MAFETONI, R.R; SHIMO, A. K. K.	Revista Mineira de Enfermagem.	2014	Eletroestimulação transcutânea, exercícios respiratórios, deambulação ou	Enfermeiros	Campinas, SP

			mudança de posição, hidroterapia e crioterapia		
7. MAFETONI, R.R; SHIMO, A. K. K.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2016	Auriculoterapia	Enfermeiros	Campinas, SP
8.MELLO, L.F.D; NOBREGA, L.F; LEMOS, A.	Revista Brasileira Fisioterapia, São Carlos	2011	Eletroestimulação elétrica transcutânea	Fisioterapeutas	Recife, PE
9.NASCIMENTO. N.M. et al.	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	2010	Movimentação corporal	Enfermeiros	Rio de Janeiro, RJ
10.OLIVEIRA, S.M.J.V. et al.	Acta Paulista de Enfermagem	2011	Bola Suíça	Enfermeiros	São Paulo, SP
11.OSÓRIO, S.M.B; JUNIOR, L.G.S; NICOLAU, A.I.O.	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	2014	Massagem, aromaterapia, banho de imersão, música, acupuntura, acupressão, hipnose e eletroestimulação transcutânea.	Enfermeiros	Piauí, CE
12.SANTANA. L. S, et al.	Revista Dor. São Paulo	2013	Banho no chuveiro	Médicas e fisioterapeutas	Ribeirão Preto, SP
13.SILVA. E.F; STRAPASSON. M.R; FISCHER. A.C.S.	Revista de Enfermagem da UFSM	2011	Mobilidade, hidroterapia, crioterapia, estimulação elétrica transcutânea, técnicas de respiração e relaxamento.	Enfermeiros	Santa Maria, RS
14.SILVA, D.A.O; et al.	Revista de Enfermagem UFPE Online	2013	Hidroterapia, deambulação e mudança de posição, exercícios de relaxamento e de respiração, bola suíça, musicoterapia, massagem, estimulação elétrica transcutânea.	Enfermeiros	Natal, RN

DISCUSSÃO

Ao término de nossa revisão nos certificamos que os MNF's são de fato recursos que favorecem as parturientes. A empregabilidade e utilização de terapias complementares são de fundamental importância visto que estabelecem aos profissionais autonomias para realização dos métodos. Para a escolha e aplicação dos métodos são necessários observarmos as condições clínicas da paciente e a fase em que se encontram no trabalho de parto (TP), respeitando suas indicações, pois para efetividade destes recursos exige-se da mulher grande autocontrole corporal e emocional (CULLUM, et al 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o uso destes métodos, já que são mais seguros e menos invasivos (OMS, 1996). Porém, nem

sempre, na prática é possível adotá-los, posto que muitos destes requerem recursos, reestruturação institucional, conhecimentos e profissionais capacitados para sua execução.

Entre os MNFs pesquisados, muitos não são significativamente eficazes no controle da dor, mas, proporcionam a redução do nível de estresse e previnem a hiperventilação que tem como consequência alcalose respiratória diminuindo a liberação de catecolaminas resultando numa melhor perfusão placentária e neonatais positivos (OSÓRIO, et al, 2014).

Os MNFs mais empregados pelos enfermeiros foram: banho de aspersão, uso da bola suíça, exercícios respiratórios e de relaxamentos, massagem e deambulação ou mudança de posição, porém o banho de imersão foi bem pontuado na literatura, sendo responsável pela redução de forma significativa da taxa de analgesia epidural/espinhal, sendo suporte para as mulheres com baixo risco de complicações na primeira fase do trabalho de parto.

O banho de aspersão tem como finalidade promover resposta de relaxamento, causando a depressão do sistema nervoso simpático, ocasionando o decréscimo dos níveis de catecolaminas e a elevação das endorfinas (GALLO, et al, 2011). Além de reduzir a dor e a ansiedade, este método também mostrou-se eficaz no tempo de duração do trabalho de parto (DUARTE, et al, 2011).

Já os movimentos por meio da bola suíça promovem conforto e podem diminuir a dor por meio de estímulos dos receptores mecânicos da articulação pélvica (SILVA, et al, 2011). De acordo Marcolin, os exercícios respiratórios e de relaxamento, não apresentaram resposta positiva em relação à dor.

A deambulação é um recurso usado para reduzir a duração do trabalho de parto, visto que favorece a mobilidade pélvica, beneficiando a gravidade, aumentando a velocidade da dilatação cervical e a descida fetal (MARCOLIN, et al, 2011).

Todavia a massagem apresentou grande benefício em relação à dor durante todo o trabalho de parto, reduzindo o nível de estresse e ansiedade, pois é um método de estimulação sensorial definido pelo toque e pela manipulação tecidual, sendo assim, ela melhora o fluxo sanguíneo e a oxigenação (QUINTANA, et al, 2011).

A movimentação da mulher diminui a dor e a duração do trabalho de parto, aumenta a intensidade das contrações uterinas, contribui para a melhora

da circulação materno-fetal, favorece a descida e o encaixe fetal e reduz as taxas de episiotomia (ZWELLING, 2010).

O método de estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), constitui uma modalidade terapêutica não invasiva, de fácil manuseio e que não apresenta efeitos colaterais ou interações medicamentosas, sendo utilizada para o alívio da dor pela estimulação de nervos periféricos (ABREU, et al, 2010).

Segundo os autores da pesquisa a TENS mostrou-se significativamente eficaz para alívio da dor durante o trabalho de parto, porém não interferiu no tempo, no escore de Apgar, nem no tipo de parto.

Lemos e colaboradores concluíram que a revisão sistemática por eles realizada mostrou-se inconclusiva quanto aos efeitos da estimulação elétrica transcutânea (EET), pois não há evidência de que o método por eles apresentado reduza o uso de analgesia complementar, evidenciado a necessidade de delineamento e investigação de estudos futuros, visto que há baixa qualidade metodológica na maioria dos estudos incluídos (Lemos et al, 2011).

Em contrapartida, o MS adverte que a EET não deve ser utilizada em mulheres em trabalho de parto estabelecido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Para Osório a acupressão ou acupuntura promove a redução da dor e foi percebida na maioria das mulheres que receberam tal método no estudo realizado, além de relatarem menos ansiedade. Porém, não se evidenciou uma diferença significativa entre partos vaginais assistidos e cesarianas (OSÓRIO, 2014).

Mafetoni enfatiza que o uso da acupressão parece diminuir o período de transição do trabalho de parto, reduzindo assim a primeira etapa do trabalho de parto, embora uma dentre as demais literaturas por ele consultada não apontasse a diferença em parturientes com dilatação cervical total até o nascimento (MAFETONI, 2013)

Os exercícios respiratórios no trabalho de parto reduzem a sensação dolorosa e com isso melhoram os níveis de saturação materna de oxigênio, proporcionando relaxamento e diminuição da ansiedade, de acordo com (DUARTE, et al, 2011).

O método de musicoterapia estabelece uma melhoria das capacidades cognitivas através do uso organizado da música sobre o cérebro humano. Deve

ser empregada no momento do parto, visto que contribui no momento em que se pede à mãe para fazer força a cada contração, pois pode interferir no ciclo vicioso medo-tensão-dor, de forma relaxante, visando a quebra desse ciclo e consequentemente minimização da dor (RAMOS, et al, 2013).

Segundo Osório (2014) a aromaterapia não apresentou diferenças significativas quanto ao tipo de parto, tempo do parto (fases).

No entanto, nulíparas relataram uma pequena redução da dor antes e após da aplicação da aromaterapia, o mesmo não aconteceu com as multíparas. Este método se mostrou mais eficaz associado à massagem.

No Brasil os MNFs demonstram uma necessidade de maior produção, com estudos mais rigorosos, sendo possível reconhecimento nacional e internacional, dando maior credibilidade nas produções desses estudos sobre a temática abordada (OSÓRIO, et al, 2014).

CONCLUSÃO

Estudos acerca dos métodos não farmacológicos no trabalho de parto e parto, enfatizam sobre os cuidados e conforto da mulher em todo processo de parturição, visto que essas medidas favorecem tanto para minimização da dor, quanto para autonomia da parturiente. Diante do relatado conclui-se que, embora aja incentivo e recomendações do Ministério da Saúde e evidências científicas comprovando a eficácia com relação aos MNF´s no controle da dor em todo decurso de parto e parto, ainda existe a necessidade de mais divulgação e formação dos profissionais no tema objetivando maior incorporação desses métodos nos serviços de saúde do pais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, E.A; Santos, J.D.M; Ventura, P.L. Efetividade da eletroestimulação nervosa transcutânea no alívio da dor durante o trabalho de parto: um ensaio clínico controlado. **Revista Dor**, São Paulo, v.11, n. 4, p. 313-318, out-dez. 2010. . Disponível em:<http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n4/a1654.pdf.>Acesso em 05de out. 2016.

BARBIERI, M. et al. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paulista de Enfermagem.** São Paulo, v. 26, n. 5, p,478-484, 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n5/a12v26n5.pdf.> Acesso em 05 de out. 2016.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. 1ª edição, versão eletrônica. Brasília. 2017; p.17-21 Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/08/Diretrizes-Parto-Normal-resumida-FINAL.pdf. Acesso em: 04 de abr. 2017.

Instituto de Medicina Molecular; Dor. O que é? Disponível em: <https://www.dor.biochemistry-imm.org/index.php> Acesso em: 04 de abr. 2017

DELLAROZA, M.S.G; et al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos na comunidade. **Rev. Assoc Med Bras**, Londrina-PR v. 54, n. 1, p 36-41, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/18.pdf> Acesso em 20 de set. 2017.

GALLO, R.B.S; et al. Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **FEMINA**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 1, p. 41-48, jan. 2011. Disponível em:<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf.>Acesso em 05 de out. 2016.

GUYESKI, M.E; BRUGGEMANN, O. M. Métodos não farmacológicos para alívio dador de parto: Uma revisão sistemática. **Texto e Contexto de Enfermagem.** Santa Catarina, v. 19, n. 4, p. 774-782, out.-dez. 2010. Disponível em:<http://www.redalyc.org/pdf/714/71416100022.pdf.>Acesso em 05 de out. 2016.

MAFETONI, R.R; SHIMO, A. K.K. O uso da acupressão para evolução do trabalho de parto e alívio da dor. **Cogitare Enfermagem.** Campinas - SP, v. 18, n. 2, p. 365-371, abr.- jun. 2013. Disponível em:<http://www.redalyc.org/pdf/4836/483649271023.pdf.>Acesso em 05 de out. 2016.

MAFETONI, R.R; SHIMO, A. K. K. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: Revisão integrativa. **Revista Mineira de Enfermagem**. Campinas - SP, v. 18, n. 2, p. 505-512, abr.-jun. 2014. Disponível em:<file:///C:/Users/Rafael/Downloads/v18n2a18.pdf.>Acesso em 24 out. 2016.

MAFETONI, R.R; SHIMO, A. K. K. Efeitos da auriculoterapia sobre a dor de parto: ensino clínico randomizado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** Campinas-SP, v. 50, n. 5, p.726-733, 2016.Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0726.pdf.>Acesso em 24 de out. 2016.

MELLO, L.F.D; NOBREGA, L.F; Lemos, A. Estimulação elétrica transcutânea no alívio da dor do trabalho de parto: revisão sistemática e meta-análise. **Revista Brasileira de Fisioterapia.** São Carlos, v. 15, n. 3, p. 175-184, 2014.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552011000300002> Acesso em 05 de out. 2016.

NASCIMENTO. N.M. et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: A percepção de mulheres. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 456-461, jul.-set. 2010. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715324004.> Acesso em 24 de out. 2016.

OLIVEIRA, S.M.J.V. et al. Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paulista de Enfermagem.** São Paulo, v. 24, n. 5, p. 656-662, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/10v24n5.pdf.>Acesso em 24 de out. 2016.

OSÓRIO, S.M.B; JUNIOR, L.G.S; NICOLAU, A.I.O. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.** Fortaleza, CE v. 15, n. 1, p. 174-184, jan-fev.2014. Disponível em:<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1372/pdf.>Acesso em 24 de out. 2016.

SANTANA. L. S, et al. Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto. **Revista Dor**. São Paulo, v. 14, n. 2, p. 111-113, abr.-junho 2013. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000200007. >Acesso em 30 de out. 2016.

SBED. **Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor**. O que é dor? Classificação e impactos. Disponível em: <http://www.sbed.org.br/materias.php?cd_secao=76.> Acesso em: 04 de abril de 2017.

SILVA. E.F; STRAPASSON. M.R; FISCHER. A.C.S. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. **Revista de Enfermagem da UFSM.** Santa Maria, v. 1, n. 2, p. 261-271, mai.-ago. 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2526>. Acesso em 30 de out. 2016.

SILVA, D.A.O; RAMOS, M.G; JORDÃO, V.R.V; SILVA, A.R.S; CARVALHO, J.B.L, COSTA, M.M.N. Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: Revisão Integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**. Recife, v. 7, n.5, p. 4161-4170, mai. 2013. . Disponível em: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Meus%20documentos/Downloads/11645-27323-1-PB.pdf.>Acesso em 15 de nov. 2016.

TERAPIA MANUAL NA CICATRIZ CESÁREA: EFEITOS EM PACIENTES COM DOR LOMBAR CRÔNICA

The manual therapy of c-section scars: effects in patients with chronic low back pain.

LEITE, Jéssica Rossette Tavares
Centro Universitário De Jaguariúna

MARTINS, Leticia Cristina
Centro Universitário De Jaguariúna

SILVA, Joelma Oliveira
Centro Universitário De Jaguariúna

Daniel Paduan Joaquim
Universidade Federal de São Paulo

MELLONI, Mauro Augusto Schreiter
Centro Universitário De Jaguariúna

RESUMO: Introdução: a dor lombar é uma das queixas de saúde mais comuns e incapacitantes observada. Muitos são os fatores relacionados à essas queixas e acredita-se que as cicatrizes pós cirúrgicas, por alterarem aspectos posturais e de mobilidade, possam estar relacionadas à gênese desses distúrbios, sobretudo ao notarmos o crescimento no número de cirurgias cesarianas no Brasil. Objetivo: Avaliar os possíveis benefícios da liberação de cicatriz de cesária na melhora da dor lombar e funcionalidade. Métodos: A amostra foi composta por 3 voluntárias. Foram realizadas 8 sessões de liberação cicatricial, 2 vezes por semana, com duração de 30 minutos durante 4 semanas. Inicialmente foi preenchido um questionário contendo dados pessoais, questionário de incapacidade Roland Morris, e escala visual analógica da dor estática e dinâmica. O registro de dor por escala visual analógica dinâmica também foi realizado mediante à inibição cicatricial manual (lift), com o objetivo de avaliar o potencial da cicatriz na geração de dor antes do tratamento. Ao termino do tratamento, todas as avaliações foram reaplicadas. Resultados: Após as 8 sessões de tratamento, houve melhora da dor estática dos pacientes observado por meio da EVA estática (pré 8,33 para 2,33, 72% de melhora). A dor dinâmica apresentou 80% de melhora após tratamento e a incapacidade apresentou melhora de 22%.

Palavras-chaves: cicatriz; dor lombar; manipulações musculoesqueléticas.

ABSTRACT: Introduction: Low back pain is one of the most common and incapacitating health complaints. There are several factors related to this complaint and, it is believed that post-surgical scars can be connected to the origin of this disorder, for the alteration of postural and mobility aspects, mainly if we take into account the growing number of C-sections in Brazil. Objective: evaluate the possible benefits of C-section scar massage in the reduction of low

back pain, function and quality of life. Method: The sample was composed of 3 volunteers. 8 scar massage sections were performed, twice a week, during 30 minutes for 4 weeks. A personal data questionnaire, the Roland-Morris disability questionnaire, and the Visual Analog Scale (VAS) was previously filled in. The measurement of pain through VAS was also performed through manual inhibition of the scar (lift), aiming at assessing the scar ability to generate pain before the treatment. At the end of the treatment, all evaluations were repeated. Results: After 8 sections, there was an improvement in the static pain in the patients, observed through static VAS (8,33 pre to 2,33 after and 72% of improvement). Dynamic pain measured by VAS presented reduction of 80% after treatment, while disability measured by Roland Morris questionnaire reduced 22%.

Keywords: Scar; low back pain; musculoskeletal manipulations.

INTRODUÇÃO

Enquanto um consenso de especialistas reunidos, em 1985, em nome da organização mundial de saúde (OMS) históricamente estabeleceu que não haveria justificativas plausíveis para que houvesse, em qualquer região do mundo, uma taxa de partos via cesariana maior que 15% (Betran et al, 2016), no Brasil, a taxa de partos por cesariana evoluiu de 39% em 1994 para 45% em 2006 (Sass e Hawng, 2009), e para 53% em 2011 (Rodrigues et al, 2016). Segundo o ministério da saúde, em 2015 dos 3 milhões de partos realizados no Brasil, 55,5% foram cesáreas e 44,5% partos normais (Ministério da saúde, 2017), sendo que as mais comuns justificativas pela opção ao parto cirúrgico são a ocorrência de cesária previa, primiparidade e o medo de sentir dor (Anjos et al, 2014).

Evidentemente, a grande incidência do número de partos por essa operação aumenta proporcionalmente o número de mulheres com cicatrizes abdominais e, por consequência, com desordens anatômicas e fibrocicatriciais secundárias ao procedimento (Anjos et al, 2014). Deve se considerar, ainda, que mulheres com múltiplas cesárias têm risco aumentado de complicações como ruptura uterina, lesão de bexiga e intestino, entre outras (Anjos et al, 2014). O procedimento cirúrgico é realizado através da abertura das paredes abdominais e uterina, pelo corte de sete diferentes camadas teciduais, e as cicatrizes são o resultado inevitável das lesões causadas nas estruturas que sofrem a incisão, sendo que sua repercussão pode variar em cada indivíduo, e

muitas vezes o tempo e a qualidade do processo de reparação são variáveis (GUIRRO et. al.,2002).

Além disso, o processo de formação de aderência pós cirurgica é também visceral e se desenvolve, inclusive, pelos coágulos sanguíneos presentes no peritônio secundários ao trauma mecânico (Chapelle e Bove, 2013). Com isso, a inflamação pelo trauma peritoneal pode levar ao desequilíbrio entre a formação de fibrina e dissolução da mesma no peritônio, o que favorece a formação do exsudato rico em fibrina sobre a área incisionada e a consequente formação de aderência. Isso, por sua vez, pode impedir o deslizamento fisiológico das vísceras previsto durante os movimentos corporais. (CHAPELLE e BOVE 2013).

Soma-se a isso o fato de que a formação de pontos gatilhos miofasciais nos tecidos adjacentes à cicatriz tem capacidade de causar dores em estruturas distantes, considerando que uma aderência cicatricial pode ocasionar distúrbios não fisiológicos de adaptação ao movimento, gerando compensações, sobrecargas em outras estruturas e consequentes síndromes dolorosas por hipersolicitação (LEWIT e OLSANSKA, 2004).

A hipótese de que alterações posturais se desenvolvam a partir de uma cicatriz é ratificada pelo estudo de Antunes e Domingues, (2008) que verificaram que pacientes submetidos a abdominoplastias e cirurgias plásticas apresentavam frequentemente cicatrizes hipertróficas somadas às alterações posturais.

Quanto à coluna lombar, dados provenientes de uma revisão sistemática da literatura apontam uma prevalência anual de lombalgia de mais de 50% na populaçâo adulta brasileira, e que a dor lombar crônica varia de 4,2% a 14,7% nas cidades já pesquisadas no país, sendo este, claramente, um importante problema de saúde pública, inclusive pelos prejuízos ocasionados por afastamento de trabalhadores em diferentes ocupações (Nascimento e Costa, 2015).

Assim, considerando as cicatrizes como uma potencial fonte de alteração postural, mecânica, e de sobrecarga em estruturas adjacentes, e que podem culminar com síndromes dolorosas, acredita-se que métodos de liberação miofascial e posicional podem ser usados para modular os processos inflamatórios da fáscia, diminuindo a restrição fascial e influenciando na

densidade de fibroblastos e nas proteínas do tecido conjuntivo, minimizando, dessa forma, as restrições mecânicas em uma cicatriz (Meltzer e Standley 2007).

Por outro lado, poucos estudos verificaram a eficácia da liberação miofascial em cicatrizes para a melhora de dor. Um dos poucos estudos foi o de Lewitt e Olsanska, (2004) que estudaram a eficácia da liberação cicatricial por meio do fenômeno da barreira (força sustentada contra o tecido quando se percebe a resistência num determinado sentido, até a percepção do relaxamento). Tais autores verificaram que a liberação de cicatrizes em pacientes submetidos a procedimentos variados como apendicectomia, cirurgias ginecológicas, laminectomia, dentre outros, mostrou efetividade na melhora de quadros como dor de cabeça, dor cervical, dor abdominal e de coluna. Corroborando com isso, Kobesova et al, (2007), em um estudo de caso, puderam observar melhora substancial da dor lombar em um paciente já após o primeiro tratamento, e apenas com a mobilização de uma cicatriz de apendicectomia como conduta.

Apesar disso, e para nosso conhecimento, não existem estudos que se propuseram a pesquisar os resultados da liberação cicatricial exclusivamente em cicatriz cesariana nos quadros de dor lombar.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi verificar se a terapia manual voltada à cicatriz cesariana gera efeito benéfico nos quadros de dor e funcionalidade em pacientes acometidas por dor lombar crônica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo, realizado no Centro Universitário de Jaguariúna (UNIFAJ), na Clínica escola de Fisioterapia, localizada no Campus III da instituição.

Os critérios de inclusão para o estudo foram: mulheres com idade mínima de 18 anos, que contenham cicatriz de cesárea fechada (no mínimo seis meses após o procedimento cirúrgico), e que apresentem histórico de dor lombar crônica inespecífica por mais de seis meses, com etiologia musculoesquelética. Os critérios de exclusão foram: alterações dermatológicas significativas, presença de cicatriz de cesárea aberta, cirurgia ocorrida há menos de seis meses, contraindicação à mobilização cicatricial, dor lombar de origem não

ortopédica, e pacientes que estejam sendo submetidas a outras formas de tratamento físico ou medicamentoso para a queixa lombar.

As pacientes em potencial foram identificadas e convidadas por meio da busca na lista de espera para o tratamento fisioterapêutico na clínica escola da instituição e por divulgação em grupos locais em rede social. Inicialmente, nove pacientes se voluntariaram a participar do estudo, compondo a amostra inicial, sendo esta uma amostra de conveniência. Entretanto, por não adesão integral ao tratamento por motivos particulares como dificuldade de transporte e incompatibilidade de horário, seis voluntárias foram excluídas da análise.

Desse modo, a população final analisada contou com três voluntárias, com idade de 32 a 53 anos (média de 41,6 anos).

Procedimentos de avaliação

Primeiramente foi solicitado às voluntárias que assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido, seguindo com o preenchimento de um questionário para a caracterização da amostra composto por dados demográficos e de histórico de saúde como: nome, idade, história da moléstia, número de cirurgias cesarianas, tempo desde a última cirurgia, tempo de dor lombar, antecedentes pessoais, uso de medicação e cirurgias prévias. Neste questionário, foi solicitada a paciente a indicação do nível de dor na condição estática por meio da escala visual analógica, composta por uma numeração de 0 a 10, e que já é bastante utilizada em estudos de quantificação de sintomas (TSUKIMOTO et. al., 2006 e BRIGANÓ e MACEDO, 2005).

Logo após, foi solicitado às participantes que preenchessem o questionário de incapacidade Roland Morris, que visa quantificar o desempenho funcional associado a dor lombar. Tal ferramenta, bastante adotada por estudos prévios, possibilita pontuação que varia de 0 a 24, sendo que a pontuação zero corresponde a ausência de incapacidade, enquanto que 24 corresponde a incapacidade severa. Ainda, considera-se que indivíduos avaliados com pontuação acima de 14 são classificados com incapacidade (STEFANE et. al., 2013).

Após o preenchimento dos questionários, no exame físico, foi solicitado que a participante realizasse ativamente os movimentos de flexão, extensão, rotação bilateral e inclinação bilateral da coluna. Para cada movimento, foi

solicitada a paciente que indicasse, por meio da EVA, o nível de dor. Desse modo, foi registrado o número de movimentos dolorosos, o nível de dor para cada movimento, e a somatória de dor apontada em todos os movimentos sintomáticos por paciente. Tal procedimento foi realizado visando verificar a condição de dor da paciente aos movimentos (dor dinâmica), diferenciando-se do registro estático, e possibilitando análise de mais variáveis, inclusive relacionadas ao movimento. Desse modo, a pontuação máxima de dor dinâmica seria 60 (10 para cada um dos seis movimentos).

Para analisar o potencial da cicatriz como fonte importante na geração de sintoma lombar ao movimento, a avaliação de dor aos seis movimentos foi repetida com procedimento de inibição cicatricial (*lift*), onde o avaliador gerou, com uma das mãos, uma pressão (sem causar desconforto) no sentido superior da cicatriz, e os movimentos dolorosos quantificados mais uma vez concomitante à pressão exercida pelo avaliador na cicatriz. Tal procedimento já foi descrito por (STEFANELLI et. al., 2018)

Tratamento

Logo após a avaliação inicial, a primeira sessão de tratamento foi realizada. Foram realizadas 8 sessões de liberação cicatricial, 2 vezes por semana, com duração de 30 minutos. O período total de acompanhamento foi de 4 semanas.

Para a realização da terapia, o paciente foi posicionado em decúbito dorsal, a fim de garantir relaxamento das estruturas abdominais, foi colocado uma cunha de posicionamento em membros inferiores.

A técnica de liberação cicatricial foi realizada da seguinte forma: com as mãos sobrepostas, o terapeuta realizou um aprofundamento inicial e lento das mãos a fim de garantir contato efetivo, profundo e suficiente com a cicatriz. Foi então realizado deslizamento translacional da cicatriz em seis sentidos, sendo esses: para a direita do abdome, para a esquerda, sentido horário, anti-horário, translação superior e inferior. Para garantir boa oxigenação local, foi solicitando inspiração profunda do paciente durante a técnica. Após a aplicação da força em cada sentido, o terapeuta verificou o momento em que sentiu a primeira resistência imposta pelo tecido, sustentando, então, aquele grau de força e sentido até a percepção da liberação do tecido. Este mesmo procedimento foi

realizado para todos os seis sentidos. A escolha desse método baseou-se no fenômeno da barreira, descrito previamente por Lewit e Olsanska (2004), segundo os quais uma resistência abrupta é sentida pelo terapeuta em caso patológico da cicatriz durante a execução do movimento translacional inicial e, após um determinado período de sustentação da força translacional, o relaxamento tecidual é atingido. Todas as sessões foram realizadas pelo mesmo terapeuta, aluno de graduação do último semestre do curso de fisioterapia. O aluno foi treinado para a realização das técnicas e avaliação pelo docente responsável pelo estudo. Este treinamento e familiarização ocorreram uma semana antes do início do estudo.

Avaliação final

Uma semana após o termino da oitava sessão, as pacientes foram novamente avaliadas quanto a escala visual analógica, quantidade de movimentos dolorosos, EVA aos movimentos e questionário Roland Morris.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade Integrada Metropolitana de Campinas, com o protocolo número 95257018.0.0000.5632. A sequência das atividades do estudo é descrita na figura 1.



Figura 1. Sequência das atividades do estudo.

RESULTADOS

Na avaliação, observou-se que a média de dor estática inicial apontada por EVA nas pacientes estudadas foi de 8,33, sendo observada média final de

2,33, o que representa 28% do nível de dor inicial (melhora de 72%). A tabela 1 demonstra os valores iniciais e finais da EVA estática por paciente e a média do grupo.

Tabela 1. Valores da EVA antes e após o tratamento.

VOLUNTÁRIO	EVA INICIAL	EVA FINAL
Voluntário 1	8	4
Voluntário 2	8	0
Voluntário 3	9	3
Média	8,33 (±0,57)	2,33 (±2,08)

Abreviaturas: EVA= escala visual analógica

Na mensuração da dor dinâmica observou-se que, na avaliação inicial, dos seis movimentos, nas três pacientes, em média, 5 eram sintomáticos, e a média somada da pontuação da dor na EVA dinâmica foi de 37.33 dos 60 possíveis. Já na avaliação, com a inibição cicatricial, em média, 3.33 movimentos foram sintomáticos, com pontuação dinâmica somada de dor na EVA de 23.33 dos 60 possíveis, o que corresponde a 62.5% do nível de dor dinâmico sem a inibição (quase 40% de melhora da dor dinamica a partir da inibição, na avaliação).

Na avaliação dinâmica após o tratamento, observou-se presença de sintomas em média em 2.3 movimentos, com somatória da EVA dinâmica de 7.66 pontos (20,5% da dor dinamica apresentada antes do tratamento, representando em torno de 80% de melhora). Os dados da EVA dinâmica inicial, com inibição cicatricial, e após o período de tratamento, se encontram na tabela 2.

Tabela 2. Avaliação da EVA dinâmica sem e com inibição e após o tratamento

Pacientes		Inicial	Inibição	Final
Paciente 1	EVA	50	44	20
	Movimentos	6	6	6
Paciente 2	EVA	43	17	0
	Movimentos	6	2	0
Paciente 3	EVA	19	9	3
	Movimentos	3	2	1
Média	EVA	37.33	23.33	7.66
	Movimentos	5	3.33	2.33

Abreviações: EVA= escala visual analógica

A tabela 3 representa a evolução da funcionalidade das pacientes com base no questionário Roland Morris. Observou-se que, em média, as pacientes não apresentavam incapacidade severa no momento da avaliação. Após o tratamento, foi verificado que, apesar da evolução funcional da média do grupo estudado, a diferença de pontuação entre os momentos antes e depois dos tratamentos não foi tão pronunciada quanto nas variáveis anteriores (22% de melhora).

Tabela 3. Evolução da funcionalidade no questionário Roland Morris

Paciente	Inicial	Final	Diferença media
Paciente 1	14	13	
Paciente 2	6	3	
Paciente 3	7	5	
Média	9,0 (±4,35)	7,0 (±5,29)	22%

DISCUSSÃO

Esse estudo buscou verificar a eficácia da liberação cicatricial na melhora da dor estática e dinâmica e funcionalidade em pacientes com queixas lombares. A relação fundamental da cicatriz com a gênese das queixas lombares ficou aparentemente estabelecida no momento da avaliação ao observarmos que, da EVA associada ao movimento, a inibição cicatricial gerou, em média,

diminuição de 5 para 3.33 movimentos dolorosos, com uma pontuação somada dos movimentos dolorosos reduzindo de 37.33 para 23.33, o que corresponde a 62.5% do nível dinâmico de dor médio inicial sem inibição. Desse modo, naturalmente pôde-se entender que mesmo sem nenhum tratamento, durante a avaliação, uma simples inibição cicatricial concomitante ao movimento reduziu em quase 40% o nível de dor dinâmica, indicando, naquele momento, que o tratamento cicatricial seria promissor pela provável relação da cicatriz com as queixas lombares no grupo estudado.

Neste sentido, nosso estudo demonstrou que, após as 8 sessões de tratamento das cicatrizes, houve melhora importante da dor estática dos pacientes, observado por meio da EVA.

A relação das cicatrizes com o surgimento de distúrbios musculoesqueléticos, apesar de ainda pouco investigada, tem sido relatada em alguns estudos prévios. É o caso do estudo de Valouchova e Lewitt, (2004) que tiveram por objetivo verificar o quanto uma cicatriz ativa colaborava para a presença de dor lombar. Por esses autores, foram selecionados 26 indivíduos apresentando dor lombar após realizar cirurgia abdominal. No referido estudo, 13 pacientes foram selecionados para o grupo de intervenção (liberação das cicatrizes) e 13 pacientes selecionados ao grupo controle. Por meio da eletromiografia (EMG), foi avaliado o grau de ativação muscular de reto abdominal durante os movimentos de flexão de tronco e dos músculos paravertebrais durante a extensão. Tais autores observaram diminuição dos níveis da dor lombar após a liberação das cicatrizes e houve diminuição das assimetrias de ativação muscular entre lados dos músculos avaliados, se comparado ao grupo que não sofreu intervenção.

Quanto à melhora exclusivamente da dor, um estudo de caso encontrou resultado semelhante ao presente estudo. Louro et. al., (2012) promoveram um estudo com um paciente de pós-operatório tardio de esternocondroplastia, onde o nível de dor estática foi avaliado pela EVA. O tratamento por 10 sessões, 3 vezes por semana, com duração de 45 minutos, onde eram realizados 15 movimentos de fricção transversa profunda e 15 compressão-amassamento até alcançar toda área comprometida, garantiu diminuição da dor na EVA de 7 para 1.

Já Wasserman et. al., (2016) avaliaram o quanto um tratamento da cicatriz cesariana seria eficaz no alivio da dor espontânea e à palpação do local da incisão. Foram incluídas duas mulheres no estudo, apresentando dor abdominal na região da cicatriz. Foram realizadas quatro sessões de tratamento de 30 min durante um período de duas semanas que consistiram no alongamento da cicatriz até que uma liberação na tensão do tecido fosse sentida pelo terapeuta. Foi avaliada a tolerância à dor e à pressão usando um algômetro de pressão, que aferiu o quanto de pressão as pacientes seriam capazes de suportar até sentir dor no local da cesárea. Essas medidas foram coletadas no início do estudo, cinco dias, e quatro semanas após o tratamento final. Ambas as voluntárias obtiveram melhorias em todas as medidas de resultados. Após quatro semanas, a tolerância à pressão em todos os pontos melhorou em até 79%.

Comesanã et. al, (2017) realizaram um estudo piloto para avaliar a mobilidade da coluna, qualidade de vida e a variação do tamanho da aderência cicatricial através da avaliação por ultrassom em 10 indivíduos com dor lombar e que tivessem cicatriz decorrente de cesariana. Foram realizadas 8 sessões semanais com duração de 30 minutos cada. O procedimento baseou-se na mobilização da cicatriz tanto superficial como profundamente. Foram realizadas 3 avaliações, duas delas durante o tratamento e a terceira depois de uma semana do ultimo tratamento. Os resultados foram: diminuição da estrutura da cicatriz através da avaliação por ultrassom, diminuindo o seu tamanho e volume, melhora da qualidade de vida de todas as pacientes e melhora da mobilidade de tronco.

Segundo Lewitt e Olsanska (2004), se uma resistência é sentida durante a palpação nos tecidos profundos da cavidade abdominal, e o paciente apresenta queixas de dor regional, isso pode ser devido a uma cicatriz ativa. Com tratamento, se a resistência não é mais evidente, e a pressão exercida pelo terapeuta não é mais dolorosa, e a maioria dos sintomas se solucionou, pode-se concluir que a cicatriz era fortemente ligada à causa do sintoma. No caso de uma patologia como causadora do sintoma, esse efeito não seria obtido, e a resistência permaneceria inalterada.

Como notado, as variáveis avaliadas pelos estudos incluídos nessa discussão foram: morfologia da cicatriz, mobilidade, qualidade de vida e, a

exemplo do nosso estudo a dor. Por outro lado, e para nosso conhecimento não existem estudos que, como nosso tenham avaliado a funcionalidade por meio do questionário Roland Morris antes e após o tratamento por liberação de cicatriz cesárea, o que nos impede de, quanto a esta variável, contextualizar nossos achados com a literatura.

No entanto, apesar da aparente relação das cicatrizes com a gênese dos sintomas lombares, evidenciada na avaliação pela melhora da dor dinâmica associada à inibição cicatricial, de termos identificado melhora da dor estática e dinâmica após o tratamento, bem como a melhora da condição de funcionalidade pelo questionário Roland Morris, certamente, é preciso comentarmos sobre algumas limitações do presente estudo. A primeira delas é relacionada ao baixo número de participantes, o que não garantiu possibilidade de análise e força estatística ao nosso estudo, associado ao fato de que 6 pacientes tiveram que ser excluídas da análise por não terem realizado o acompanhamento dentro do protocolo previsto, com no mínimo duas sessões por semana. Além disso, a não existência de um grupo controle também consiste numa limitação que pode ter influenciado nos nossos achados.

Entretanto, ao analisarmos individualmente cada sujeito e a média das pontuações de todas as variáveis analisadas, comparando-as entre os momentos pré e pós-tratamento, continuamos imaginando que estudos com maior número de participantes possam demonstrar resultados mais fidedignos neste aspecto aqui estudado. Isto posto, acredita-se que estudos futuros, com maior número de participantes, e o estabelecimento de grupo controle, possam produzir achados interessantes e mais definitivos acerca do papel da cicatriz cesariana na gênese dos distúrbios lombares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso estudo demonstrou que a terapia manual por liberação cicatricial cesariana influencia positivamente na melhora da dor lombar estática, dinâmica e funcionalidade. Entretanto, e apesar disso, estudos com maior número de participantes e adoção de modelo randomizado e controlado são fortemente recomendados com período maior de coleta de dados para melhor estabelecer a eficácia da liberação cicatricial nas queixas lombares em mulheres operadas por cesariana.

REFERÊNCIAS

ANJOS CS, WESTPHAL F, GOLDMAN RE. Cesária desnecessária no Brasil: Revisão integrativa. **Enfermagem obstétrica** 2014;1(3):86-94.

ANTUNES MM, DOMINGUES CA. As principais alterações posturais em decorrência das cicatrizes de cirurgias plásticas. **Consciencia e Saúde** 2008;7(4):509-517.

BETRAN AP, TORLONI MR, ZHANG JJ, GÜLMEZOGLU AM. Who working group on cesarean section. Who statement on cesarean section rates: a commentary. **BJOG** 2016;123: 667-670.

BRIGANÓ JU, MACEDO CSG. Análise da mobilidade lombar e influência da terapia manual e cinesioterapia na lombalgia. **Semina: ciências biológicas e da saúde** 2005;26(2):75-82.

CHAPELLE S. L, GEOFFREY M.B, Visceral massage reduces postoperative ileus in a rat model, **J Bodyw Mov Ther** 2013;17(1):83-88.

COMESAÑA AC, VICENTE S, DOCAMPO FT, VARELA PF, PORTO QMM, PILAT A. Effect of miofascial induction therapy on post-c-section scars, more than one and **a half years old. Pilot study. J Bodyw Mov Ther 2017; 21(1):197-204.**

GUIRRO, E; GUIRRO, R. Fisioterapia dermato – funcional: fundamentos, recursos, patologias. 3. ed. São Paulo: **Manole**, 2002.

KOBESOVA A, MORRIS CE, LEWIT K, SAFAROVA M. Twenty-year-old active post surgical scar: a case study of a patient with persistent right lower quadrant pain. **J Manipulative Physiol Ther** 2007;30(3):234-238.

LEWIT, KAREL, OLSANSKA SARKA. Clinical importance of active scars: abnormal scars as a cause of myofascial pain. **J. Manipulative Physiol Ther** 2004; 27(6):399-402.

LOURO JA, SIMÕES NP, ZOTZ TGG. Estudo dos Efeitos da Manipulação Miofascial em Aderência Cicatricial de Pós-Operatório Tardio. **Rev Bras Terap e Saúde** 2012 3(1):27-32

MELTZER KR, STANDLEY PR. Modeled repetitive motion strain and indirect osteopathic manipulative techniques in regulation of human fibroblast proliferation and interleukin secretion. **J Am Osteopath Assoc.** 2007;107(12):527-36.

NASCIMENTO, PRC; COSTA, LOP. Prevalência da dor lombar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública** 2015;31(6):1141-1156.

RODRIGUES JCT, ALMEIDA IESR, NETO AGO, MOREIRA TA. Cesariana no Brasil: uma análise epidemiológica. **Revista multitexto** 2016,4(1):48-53.

SASS N, HWANG SM. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. **Ginecologia e obstetrícia** 2009;14(4):133-7.

STEFANE T, DOS SANTOS AM, MARINOVIC A, HORTENSE P. Dor lombar crônica: intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida. **Acta Paul Enferm** 2013;26(1):14-20.

STEFANELLI VC, SOUZA LRR, ALVES AA, FERREIRA RCM, BERZIN F. Efeitos do tratamento manipulativo osteopático sobre a dor lombar pós-cesariana– relato de caso. In: **Anais do V Congresso Brasileiro de Eletromiografia e Cinesiologia e X Simpósio de Engenharia Biomédica** 2018.

TSUKIMOTO GR, RIBERTO M, BRITO CA, BATTISTELLA LR. Avaliação longitudinal da escola de postura para dor lombar crônica através da aplicação dos questionários Roland Morris e short form health survey (SF-36). **Acta Fisiatr** 2006;13(2):63-69.

VALADARES C. Pela primeira vez número de cesarianas não cresce no país. **Ministério da saúde.** 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/%20agencia-saude/27782-pela-primeira-vez-numero-de-cesarianas-nao-cresce-no-pais>. Acesso em: 27 de outubro 2019.

VALOUCHOVÁ P, LEWIT K. Surface electromyography of abdominal and back muscles in patients with active scars. **J Bodyw Mov Ther** 2009;13(3):262-267

WASSERMAN JB, STEELE-THORNBORROW JL, YUEN JS, HALKIOTIS M, RIGGINS EM. Chronic caesarian section scar pain treated with fascial scar release techniques: A case series. **J Body Mov Ther** 2016;20(4): 906-913.

SOBRE OS AUTORES

LEITE, Jessica Rossette Tavares
Graduada em Bacharel no curso de Fisioterapia pelo Centro Universitário de Jaguariúna (2018).

MARTINS, Leticia Cristina
Graduada em Bacharel no curso de Fisioterapia pelo Centro Universitário de Jaguariúna (2018).

SILVA, Joelma Oliveira
Graduada em Bacharel no curso de Fisioterapia pelo Centro Universitário de Jaguariúna (2018).

MELLONI, Mauro Augusto Schreiter
Graduado em fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (2006), mestrado em Ciências Médicas pela Universidade de Campinas (2012) e doutorado em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (2017). Atualmente é docente titular do curso de graduação em Fisioterapia do Centro Universitário de Jaguariúna e dos cursos de Pós-graduação em Osteopatia da Metrocamp – Devry, Metodologia do treinamento esportivo do Núcleo de Alto Rendimento Esportivo de São Paulo, e de Fisioterapia Ortopédica e desportiva da PucMG, além de atuar como fisioterapeuta no Comitê Paraolímpico Brasileiro.

ANÁLISE DO NÍVEL DE CONHECIMENTO E CONTROLE HIGIÊNICO SANITÁRIO DOS MANIPULADORES DE DIETA ENTERAL DO PROGRAMA "MELHOR EM CASA" DE JAGUARIÚNA – SP.

Analysis of the level of knowledge and hygienic sanitary control of enteral diet manipulators of the "Melhor em Casa" Program of Jaguariúna – SP.

CONESSA, Natalia
Centro Universitário de Jaguariúna

CANDIDO, Bruna Souza
Centro Universitário de Jaguariúna

GHION, Isabella Oliveira
Centro Universitário de Jaguariúna

LIMA, Tamiris Inacio
Centro Universitário de Jaguariúna

RESUMO: A alimentação através da sonda, via alternativa para alimentação, visa fornecer um aporte nutricional completo para os pacientes que estão impossibilitados de se alimentar pela boca, é indicada quando paciente apresenta desnutrição, quando a ingesta alimentar oral encontra-se abaixo de 60% das necessidades nutricionais recomendadas ou devido alguma condição clínica no qual o impossibilita de se alimentar. A manipulação e administração da dieta enteral deve seguir as condições higiênico-sanitárias adequadas, pois o risco de contaminação por microrganismos patogênico é grande, o que agrava a condição de saúde do paciente. O trabalho tem objetivo avaliar o cuidador na execução da administração, manipulação e higiene das dietas enterais que são administradas aos pacientes inscritos no "Programa Melhor em Casa". Trata-se de uma pesquisa transversal, qualitativa e quantitativa realizada em 15 residências do Município de Jaguariúna. Constatou-se que a grande parte da das atividades são executadas corretamente, porém ainda insuficiente, foi observado que 73,33% dos entrevistados não segue um dos principais requisitos para manipulação, que é a higienização as mãos antes da manipulação da dieta, além disso 60% acham ter um bom conhecimento sobre higiene, dieta enteral e seu preparo porém, há interesse em agregar mais conhecimento. Concluímos que a são necessárias a adoção de medidas relacionadas a manipulação e higiene das dietas enterais. Dentre as ações estabelecidas pela equipe, o treinamento frequente dos cuidadores deverá ser realizada.

Palavras-chave: Nutrição enteral; Cuidadores; Higiene.

Abstract: The feeding through the tube, via an alternative to feeding, aims to provide a complete nutritional supply for patients who are unable to feed through the mouth, it is indicated when patients have malnutrition, when an oral food is found below 60% of the recommended nutritionals or due to some clinical condition in which it isn't possible to make feeding impossible. The handling and administration of the enteral diet must follow the hygienic-sanitary conditions applied, as there is a risk of contamination by large pathogenic microorganisms,

or that aggravates the patient's health condition. The work aims to evaluate or administer the administration, handling and hygiene of the enteral diets that are administered to patients enrolled in the “Best at Home Program”. This is a cross-sectional, qualitative and quantitative research carried out in 15 residences in the municipality of Jaguariúna. It was found that a large part of the activities is performed correctly, but still insufficient, it was observed that 73.33% of the interviewees do not follow one of the main requirements for handling, which is cleaning hands before handling the diet, in addition 60 % have a good knowledge of hygiene, enteral diet and preparation, but there is an interest in adding more knowledge. Conclude that they are necessary to adopt measures related to the manipulation and hygiene of body diets. Among the actions defined by the team, or the frequent training of suspended caregivers.

Key-words: Enteral Nutrition; Caregivers; Hygiene.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Portaria Nº 2.527, de 27 de Outubro de 2011, Art. 2º e Inciso II, considera-se atenção domiciliar uma nova área da atenção à saúde, na qual completa as já existentes. Promovendo assim, a prevenção e tratamento de pacientes em domicílio, para que consigam continuar com os cuidados junto às redes de atenção. O Art. 3º da mesma portaria reforça que a atenção domiciliar tem como objetivo reorganizar o trabalho das equipes que fornecem o atendimento domiciliar, hospitalar e ambulatorial para que possa diminuir a demanda por pacientes necessitando de atendimento hospitalar e também tendo uma redução no período de internação dos pacientes (BRASIL, 2011).

Segundo registros, a AD (atenção domiciliar) teve início na década de 60 e desde 1990 vem tomando grande força nos país, fazendo com que seja necessária a regulamentação de sua prática e também sendo incorporada no Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA et al., 2010).

A assistência domiciliar traz um grande número de vantagens, onde é possível citar como exemplo, a otimização dos recursos que seriam gastos na internação do paciente, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento em domicílio, corrobora na redução de custos hospitalares, além da disponibilidade de leitos, priorizando os pacientes com necessidade de internação. Outros fatores positivos importantes seriam, a redução do risco de infecção hospitalar, principalmente para a população de risco que são os idosos e também suporte nutricional frequente e adequado, além da melhora nos aspectos psicológicos do mesmo, visto que no ambiente domiciliar na maioria das vezes, traz mais conforto ao indivíduo (BRASIL, 2012).

No Brasil existem diversos programas criados pelo PNAN (Política Nacional de Alimentação e Nutrição), sendo alguns exemplos o Provab, Academia da Saúde, Saúde da Família, Mais Médicos, Melhor em Casa, Farmácia Popular, Cartão Nacional de Saúde e Pronto Atendimento, onde além de promover a saúde da população, também acabam tendo como finalidade garantir a alimentação e nutrição para população brasileira, promovendo práticas alimentares adequadas e saudáveis, com segurança alimentar e nutricional, associadas ao SUS (Sistema Único de Saúde) (BRASIL, 2009).

O Programa Melhor em Casa é um programa com o objetivo de atender pessoas com a presença de doença(s), impossibilitada ou parcialmente impossibilitada de se locomover até uma Unidade Básica de Saúde, além disso, são incluídos no Programa, pacientes com necessidades de cuidados essenciais para manutenção ou recuperação da saúde. Cada paciente tem um caso específico, porém, ambos precisam de visitas regulares, e o atendimento é priorizado de acordo com a especificidade de cada paciente. A equipe de saúde multidisciplinar é contratada pelo Município, formada por enfermeiro, nutricionista, médico, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social, técnico de enfermagem, entre outros profissionais qualificados para garantir um atendimento completo. O cuidador tem um papel de extrema importância e responsabilidade no processo de cuidado, pois, o mesmo será intermediador entre equipe de saúde e paciente, corroborando para os cuidados e informações necessárias (BRASIL, 2012).

A terapia nutricional enteral, faz parte de um conjunto de procedimentos terapêuticos visando a manutenção ou a recuperação do estado nutricional (FUJINO, V.; NOGUEIRA, L.A.B.N.S., 2007), a alimentação é feita através da sonda nasoenteral ou gastrostomia, vias de acesso capazes de fornecer um aporte nutricional completo quando, a escolha da via para alimentação e nutrição dependerá das condições clínicas individuais, é necessário averiguar as questões relacionadas à deglutição, a integridade do trato gastrointestinal e do estado geral do paciente, além disso poderá ser indicada quando a ingestão alimentar por via oral, for insuficiente ou seja, abaixo de 60% das necessidades nutricionais recomendadas (LONGO, 2012; NOGUEIRA, 2011).

A dieta enteral pode ser encontrada em forma líquida ou em pó, industrializada ou caseira, também nomeada de dieta artesanal, ambas são

compostas por macronutrientes como, carboidratos, proteínas ou aminoácidos e gorduras, sendo que os micronutrientes são disponibilizados através das vitaminas e os minerais, contudo, cada dieta apresenta características específicas de acordo com a finalidade da fórmula. Dentre os vários tipos de vias de administração, como a nasogástrica, nasojejunal, gastrostomia ou jejunostomia, para a sua implantação é obrigatoriamente ser executada em âmbito hospitalar através de um procedimento cirúrgico ou endoscópico, este último, logo em seguida é realizado um raio-x para verificação de posicionamento, garantindo segurança ao paciente (TAYLOR et al, 2016).

A dieta industrializada, é nutricionalmente balanceada, microbiologicamente mais segura. O nutricionista será o responsável pela prescrição dietética de acordo com as necessidades nutricionais individuais e orientações sobre sua higiene e manipulação (BRASIL, 2012).

Conforme Mandarino e colaboradores (2011), é possível observar a maneira correta de manipulação da dieta, preparação, higiene pessoal e de utensílios para a preparação, sendo todas as etapas importantes, deverá ser seguida rigorosamente pelo manipulador, pois, mesmo a dieta já sendo adquirida praticamente pronta, o risco de contaminação por microorganismos é muito grande, causando maior agravo na condição de saúde do paciente, podendo levá-lo a óbito. A atenção deve ser redobrada nestes processos, pois, o cuidado com a higiene e manipulação, tem início desde da aquisição da dieta, até o momento da administração.

Como descrito anteriormente, as dietas enterais são ricas em macronutrientes e micronutrientes, que são ótimos substratos para crescimentos microbianos, podendo frequentemente complicar o quadro clínico do paciente e agir como causadores patogênicos infecciosos, sendo a gastroenterocolite umas das principais complicações microbianas. Estudo realizado por Maurício e colaboradores (2008) mostraram que a manipulação inadequada e a água utilizada são fontes contaminação microbiana nas dietas enterais, sejam elas líquidas e/ou em pó. Os cuidadores, são os responsáveis na sua grande maioria, por exercer essa função de manipuladores das dietas.

O papel do cuidador é de extrema importância para o cuidado e não deverá ser subestimado. A função do cuidador é acompanhar e auxiliar o indivíduo nas atividades individuais e atividades de vida diárias como: se cuidar,

se vestir, fazendo pelo indivíduo somente as atividades que ele não consiga realizar sozinho (BRASIL, 2008). Ressaltando sempre que não faz parte da rotina do cuidador saber sobre as técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, da área de enfermagem. Autores relatam que estes se dedicam em período integral, geralmente é membro da família e abre mão das suas atividades de vida diárias e do trabalho, para atuar como cuidador. É importante que paciente e cuidador, compreendam quando possível um ao outro. As condições socioeconômicas, psicológicas, espirituais e familiares devem ser consideradas para que a equipe determine os ajustes necessários (WAITZBERG, 2004).

Sendo assim, este trabalho tem como objetivo avaliar o cuidador na execução da administração, manipulação e higiene das dietas enterais que são administradas aos pacientes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, qualitativo, que se caracteriza pela qualificação dos dados coletados durante a análise do problema, e o quantitativo, como o próprio nome já diz quantificar resultados, avalia as opiniões extraídas de forma numérica com perguntas objetivas. Mais precisamente foi aplicado um questionário com o propósito de coletar qual o nível de entendimento que os cuidadores de família cadastradas no Programa “Melhor Em Casa” de Jaguariúna, em relação à administração, higiene e manipulação de dietas enterais, avaliando o grau de escolaridade, observando se o local de armazenamento da dieta era adequado ou não, além de analisar a qualidade da água utilizada para o preparo da dieta e no que pode afetar o paciente se as condições de higienização não forem adequadas, as observações foram realizadas por um trio de graduandos do 7º e 8º semestre do curso de nutrição, previamente treinados.

Após a aprovação do Diretor de Saúde do Município de Jaguariúna e a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), a pesquisa foi submetida ao comitê de ética e pesquisa do Centro Universitário de Jaguariúna (UniFAJ). A pesquisa e aprovação do CEP- UNIFAJ, com número CAAE: 45411215.1.0000.5409 e com o parecer: 1.083.117. O respectivo estudo foi conduzido com 15 participantes cuidadores de pacientes que utilizavam

exclusivamente dieta enteral industrializada, com idades entre 18 a 100 anos, no período de junho a novembro, incluídos no Programa Público de Saúde “Melhor em Casa”, do Município de Jaguariúna- SP, no ano de 2017.

Os pesquisadores entraram em contato via telefone com os cuidadores, agendando um dia e horário para aplicação do questionário (anexo I) e visualização da manipulação, preparo e higienização da dieta enteral. Iniciou-se a pesquisa individual após a explicação e assinatura do TCLE (Termo de Compromisso Livre Esclarecido).

Após realizar a visita na casa de cada um dos indivíduos da pesquisa, iniciou-se a análise dos dados, foram tabulados os resultados encontrados, através de tabelas, elaboradas pelo programa Excel, 2013. Com os resultados tabulados, ficaram claras as etapas em que os cuidadores tinham mais dificuldades e quais eram os erros mais comuns.

Após observarmos os resultados, priorizando todo o processo e visando diminuir os riscos de contaminação da dieta, foi elaborado um manual destinado ao cuidador, com a descrição das dietas enterais (pó e líquida), higiene das mãos e orientações sobre os utensílios necessários para a higiene, preparo e administração da dieta enteral, demonstramos no Manual, a maneira correta de administração e armazenamento ideal das dietas ainda fechadas, que ainda não foram utilizadas. Com o intuito de melhor compreensão por parte dos cuidadores, este Manual (anexo II) foi elaborado com uma linguagem fácil e esclarecedora, utilizando figuras coloridas para facilitar a compreensão..

Posteriormente à sua elaboração, foram novamente agendadas as visitas via telefone, para a entrega do Manual para cada cuidador. No momento da entrega foi realizada uma explicação dos dados ali contidos, as dúvidas foram sanadas no mesmo momento. Durante a apresentação do conteúdo, o intuito era expor de maneira clara e objetiva, todo processo corretamente, sem pontuar ou assinalar os erros encontrados nos questionários, pois, como já citado nesta pesquisa, o cuidador exerce um trabalho difícil e apontar os erros cometidos por eles, talvez não fosse à melhor abordagem.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Os resultados foram analisados, verificando cada item do questionário aplicado para os respectivos cuidadores participantes da pesquisa. Dos 15

cuidadores participantes, 80% são do sexo feminino e 20% são do sexo masculino, 100% dos participantes participaram da pesquisa.

Na tabela 1, cerca de 33% dos entrevistados relataram ter ensino fundamental incompleto, segundo Cassétte et al (2016), o nível de escolaridade tem grande influência na decisão de quem se tornará cuidador do paciente, pois, quanto maior for o nível de escolaridade, menos tempo será dedicado aos afazeres domésticos, pois, poderá ter condições financeiras de contratar alguém para cuidar do paciente.

Tabela 1. Distribuição dos cuidadores quanto o nível de escolaridade.

Nível de Escolaridade	Valores %
Ensino Fundamental Incompleto	33,33%
Ensino Fundamental Completo	20%
Ensino Médio Incompleto	13,33%
Ensino Médio Completo	20%
Ensino Superior Incompleto	0%
Ensino Superior Completo	13,33%

Fonte: CONESSA (2017).

Para a elaboração das questões 2 e 3, foi utilizado como referência o Guia Prático do cuidador (2008), disponibilizado pelo Ministério da Saúde, apresentamos os resultados na tabela 2 e 3, sendo a segunda questão o tema avaliado é se o cuidador tem alguma especialização na área da saúde, e com um resultado de mais de 80% foi constatado que a grande maioria dos cuidadores não tem nenhuma especialização, não é preconizado que haja formação técnica na profissão cuidador (BRASIL, 2008). Quando questionado o tempo em que exercem o papel de cuidador, também foram encontrados resultados importantes, sendo que 80% cuidam por mais de um ano, este dado é resultante de um fato que acontece constantemente nas famílias que necessitam de cuidador, atendidas pelo SUS, no qual, nomeiam um membro da família para assumir este trabalho, ou até mesmo na grande maioria das vezes o familiar mais próximo (exemplo: filho, neto, genro, nora) assume este papel importante de cuidado, pois é o único membro que possui esta disponibilidade.

Foi avaliado, se a (s) dieta (s) utilizadas pelos pacientes são compradas ou doadas e/ou cedidas, e se em alguma ocasião já foi realizado o preparo de dieta caseira, o resultado apresentou que 100% dos indivíduos desta pesquisa, recebem dieta industrializada, prescrita por nutricionistas do Município, dado importante para este estudo, que mostra sobre a segurança da utilização de fórmula industrializada, devido sua formulação completa em relação aos nutrientes e por possui um menor risco microbiológico em relação à dieta caseira e/ou artesanal. Segundo o estudo apresentado por Vasconcelos e colaboradores (2013), apesar da dieta caseira ter o baixo custo, se pensarmos que há necessidade de variar os alimentos diariamente, como proposto por profissionais nutricionistas, mantendo uma dieta equilibrada, este custo pode se elevar, além disso, terá um aumento do risco de contaminação, devido todo processo necessário para higiene e manipulação de cada refeição da dieta caseira, com necessidade de suplementação de algumas vitaminas e minerais.

Tabela 2. Distribuição dos cuidadores quanto a realização de especialização na área de saúde.

Especialização	Valores %
Sim	13,33%
Não	86,66%

Fonte: CONESSA (2017).

Tabela 3. Distribuição dos cuidadores quanto ao tempo que exercem os cuidados.

Tempo	Valores %
Dias	0%
Meses	20%
Anos	80%

Fonte: CONESSA (2017).

Avaliando a sétima questão, sobre se o cuidador já preparou a dieta caseira sem necessidade, temos como resultado que mais de 70% dos cuidadores, nunca realizou a preparação de dieta caseira, e apenas 28,57% já

precisou utilizar pelo menos uma vez este tipo de dieta, quando houve a indisponibilidade da dieta industrializada.

As dietas industrializadas são práticas, nutricionalmente completas e oferecem maior segurança quanto ao controle microbiológico e composição centesimal. Entretanto, têm maior custo, embora o risco de contaminação microbiológica seja mínimo. Dessa forma, especialistas afirmam que, avaliando custo-benefício, o ideal é a administração das dietas industrializadas. Ressaltamos a importância do cuidador neste processo, por ser o manipulador das dietas, é fundamental que ele receba as orientações necessárias para que sejam minimizados os riscos de contaminação durante o preparo, manuseio e administração das mesmas (SIMON et al., 2007).

No Brasil, o uso da dieta industrializada vem crescendo com grande força nos últimos anos, devido a sua praticidade, maior segurança nutricional e microbiológica, quando comparada com a dieta caseira, que demanda de um controle higiênico -sanitário rígido, mesmo em ambientes mais controlados como hospitais e clínicas, este risco não desaparece. Segundo Santos e colaboradores (2013), na dieta caseira também observa-se a falta de padronização durante sua preparação,em relação a quantidades e qualidade adequadas, combinando nutrientes necessários para o organismo, pois apresentam menos de 50% dos valores nutricionais indicados.

Podemos visualizar na Tabela 4, que mais de 73% dos cuidadores que manipulam as dietas, não higienizam as mãos antes da manipulação, sendo um agravante para o controle de higiene e segurança do paciente. A lavagem de mãos salve vidas, é orientado aos cuidadores a higienização das mãos sempre que utilizar os sanitários, tossir, espirrar ou assoar o nariz, usar esfregões, panos ou materiais de limpeza, fumar, recolher o lixo, tocar em embalagens de alimentos, papelão, garrafas e sapatos, pegar em dinheiro e qualquer outra manipulação que possa comprometer a higiene das mãos, pois uma das maiores e significativas chances de contaminação de formulações enterais, são durante o contato manual ou manipulação dos equipamentos utilizados, durante o processo de transferência da dieta de seu recipiente original para os que serão utilizados durante a administração (LIMA et al., 2005). Além disso, Belela A. A; Peterlini M.; Pedreira, M. (2017), relatam a importância da higiene de mãos, como uma prática fundamental, considerada uma medida eficaz na prevenção e

controle de infecções relacionadas à assistência à saúde, e sua não adesão coloca em risco a saúde do paciente, não contribuindo para sua evolução ou cura. Na pesquisa quantitativa realizada em 2016, por Trannin e colaboradores, com o objetivo de observar a adesão à higiene das mãos por profissionais de saúde de um Serviço de Emergência de Hospital Universitário, observou nos resultados a adesão de 28,6% e mesmo após as ações educativas esta adesão aumentou para 38,9%, muito abaixo do esperado, visto que a medida é preventiva e garante segurança aos pacientes, principalmente por ser um serviço de urgência. No estudo transversal realizado em três hospitais brasileiros privados localizados no Paraná nos anos de 2044 e 2005, com objetivo de verificar a adequação das áreas de produção e o nível de contaminação microbiana de dietas enterais, os seguintes itens foram avaliados: condições gerais do ambiente, recebimento da prescrição dietética, armazenamento de materiais, água (ponto na sala de manipulação), área de manipulação da NE, limpeza e higienização, vestiário de barreira/sala de paramentação, manipulação e envase, conservação e transporte, garantia da qualidade, controle de qualidade, após análise microbiológica de 15 amostras de dietas enterais não industrializadas, os pesquisadores verificaram altas contagens de microrganismos, considerados não patogênicos, como presença de coliformes totais acima dos limites estabelecidos e indicadores inadequados nas condições higiênicas em todos os processos, relatando a importância e necessidade de melhor controle (MAURÍCIO, A.A; et al, 2008), resultados semelhantes aos encontrados nesta pesquisa.

Tabela 4. Distribuição dos cuidadores quanto a higienização das mãos.

Higiene de mãos	Valores %
Sim	26,66%
Não	73,33%

Fonte: CONESSA (2017).

São recomendadas que o local de armazenamento da dieta industrializada sistema aberto ou fechado, devem ficar em locais secos (armário,

ou em algum local com esta característica) fora de alcance da luz solar, e umidade, além da necessidade de seguir as recomendações do fabricante, conforme especificações descritas no rótulo (KUMBIER, et al, 2011), encontramos que mais de 80% das dietas em pó (latas) estavam armazenadas corretamente e cerca de 87,5% das dietas líquidas (frascos plásticos ou tetrapak) também seguiram os padrões do local quando fechadas, e quando abertas estavam adequadamente armazenadas em geladeira. Outros locais observados que estavam armazenadas foram: chão, exposta em local com luz solar, em locais de fácil alcance de animais e com sujidades.

O preparo da dieta em pó é realizado no horário estipulado para administração da dieta, segundo recomendações do nutricionista (DREYER, BRITO, SANTOS e GIORDANO, 2011), sem necessidade de sobras, correspondendo com o resultado da pesquisa, 100% dos participantes realizam da maneira correta.

A dieta industrializada líquida, não deve ser congelada, nem aquecida em banho-maria ou forno microondas (o calor pode alterar a composição da dieta), além disso, a recomendação sobre a dieta, é que após aberta deve manter em geladeira por até 24 horas, ou seguir recomendações do fabricante e se não for utilizada neste período, devendo ser descartada, conforme descrito no Manual do paciente em Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (BENTO, A. P. L.; JORDÃO J. A. A.; GARCIA, R. W. D.; MANDARINO, A.P.J., et al, 2011), a prescrição realizada pelo nutricionista é feita para que não haja sobras das dietas líquidas e atendem as necessidades nutricionais do paciente.

A água utilizada no preparo da dieta deve ser filtrada e fervida, observamos que 33,32% da água utilizada são filtrada e fervida (galão comprado ou filtro instalado na residência), aproximadamente 60% só utilizam a água filtrada, sem ferver e 6,68% utilizam água da torneira e fervem antes de utilizá-la. Foi relatado que o processo de ferver a água não era realizado, pois achavam desnecessário, mesmo não sabendo a procedência da água de galão e da validade do filtro das residências.

Segundo a International Commission on Microbiological Specifications for Foods (2015), a maior parte dos microrganismos capazes de causar danos à saúde humana não resistem à fervura, que é um método simples e eficaz e deve durar de 15 a 20 minutos para matar todos os microrganismos que existem na

água. Ao ferver a água e eliminar os microrganismos a mesma está pronta para o consumo.

Em relação ao preparo da dieta, 100% dos cuidadores realizam este preparo da dieta em pó no momento da administração e apenas 62,5% das dietas líquidas o cuidador retira antes da geladeira para chegar em temperatura ambiente, para posteriormente administrá-la. É preconizado que quando utilizada a dieta em pó deve-se preparar apenas a quantidade que será consumida imediatamente, e na líquida as embalagens do tipo tetrapak abertas, devem ser armazenadas em geladeira e utilizada até 24 horas após a abertura, e para a dieta que estava em geladeira retirar de 15 a 20 minutos antes da administração, para que seja administrada em temperatura ambiente (MANDARINO, A.P.K., et al, 2011).

Em relação à posição em que o paciente recebe a dieta, 100% dos participantes relataram que o mesmo fica sentado durante a administração da dieta, formando um ângulo de 45°, de acordo com Mandarino A.P.J. et al. (2011), o paciente deve realmente estar num ângulo de 30° a 45°, e deve ficar nesta posição por mais 30 minutos após o término da administração. Este cuidado evitará que haja regurgitação, vômitos ou aspiração da dieta para o pulmão.

Na Tabela 5, observamos que 40% dos cuidadores possuem bom conhecimento sobre dieta enteral, e 60% deles gostariam de adquirir mais conhecimento sobre o assunto. O Guia Prático do Cuidador (BRASIL, 2008), descreve que a profissão cuidador não é regulamentada, até a presente pesquisa, não exigindo que os cuidadores tenham formação acadêmica para exercer esta função, por mais que seja oferecido palestras e/ou orientações pelos profissionais do programa Melhor em Casa, essas orientações não foram o suficiente, existem muitos detalhes na rotina diária, problemas e dúvidas que surgem durante o cuidado diário. É realizado com frequência, a visita do profissional nutricionista com os graduandos do 7º e 8º semestre do curso de nutrição da UNIFAJ, mas durante esta visita os cuidadores também relatam esquecer de sanar as dúvidas que gostariam ou ficam tímidos e não relatam os problemas ocorridos.

Tabela 5 - Nível de conhecimento dos cuidadores sobre higiene e manipulação da dieta enteral.

Nível de Conhecimento	Valores %
Sim, não entendo nada	0,00%
Sim, porém tenho interesse em saber mais	60%
Tenho um excelente conhecimento	40,00%

Fonte: CONESSA (2017).

Foi possível obter resultados insatisfatórios neste trabalho. Pontuamos alguns erros no manuseio, na higiene das mãos e na água utilizada, pontos que são extremamente necessários serem reforçados sobre o assunto com os cuidadores.

Ferreira e colaboradores (2017), revelam que a família e os cuidadores relatam que cuidar de alguém com sonda para alimentação enteral desperta sensações como insegurança, medo e nervosismo. Os cuidados fazem com que o familiar se responsabilize pelo mesmo e, geralmente, é tarefa de um único familiar, a qual se soma às demais atividades, isso pode atrapalhar de forma significativa o aprendizado, devido às inseguranças.

A administração de dieta enteral exige conhecimento sobre os cuidados com preparo, mas também com possíveis complicações que possam ocorrer durante a infusão. Recomenda-se que esta técnica seja supervisionada por um enfermeiro ou um profissional qualificado (FERREIRA et al., 2017).

Para o fortalecimento das informações e garantia de segurança do nível de conhecimento higiênico- sanitário em relação a dieta enteral, uma nova visita foi realizada, sem pontuar erros ou acertos, o graduando em nutrição, previamente treinado, explicou cada etapa do processo de higiene e manipulação da dieta enteral, posteriormente foi elaborado e entregue um Manual de Boas Práticas, contendo informações sobre higienização, manipulação e armazenamento corretos da dieta enteral (sistema aberto) líquida ou em pó. A entrega do material visa melhora do conhecimento e reforço das informações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se com a presente pesquisa um conhecimento insuficiente dos manipuladores, a higiene das mãos, sendo um dos principais requisitos para o preparo e manipulação da dieta enteral, não obteve um bom resultado. É preocupante os dados observados visto que as mãos mal higienizadas, podem transmitir diversos microorganismos que poderão agravar o estado de saúde do paciente.

Existem dificuldades dos cuidadores na compreensão de informações. A fragilidade das orientações dadas anteriormente aos cuidadores sobre a inserção da sonda enteral é relatado por Ferreira e colaboradores (2017).

Não foi possível obter resultados, após as orientações e entrega dos Manuais, devido o período desta pesquisa. Para enriquecimento da pesquisa, seria necessário uma coleta de amostra da água utilizada na higienização e preparo das dietas enterais, e coleta de uma amostra da dieta industrializada após ser manipulada, para avaliar quais microrganismos estão presentes.

São necessárias a adoção de medidas relacionadas a manipulação e higiene de dietas enterais. Dentre as ações estabelecidas pela equipe, o treinamento frequente dos cuidadores deverá ser realizado. Faz-se necessário também, valorizar o trabalho do cuidador, destacando sua importância no cuidado.

O manual também foi disponibilizado ao Programa, para padronização das orientações, graduandos de nutrição poderão dar continuidade no processo de orientação, com responsabilidade e competência.

Como limitações do estudo, os resultados não devem ser generalizados para famílias que possuem atendimento particular e convênio, pois talvez haja um outro nível de conhecimento, e preparo quando o assunto é higiene das mãos e manipulação de dieta enteral, visto que como já relatado os cuidadores dos atendimentos realizados pelo SUS, são na sua maioria um familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELELA, A.; A; PETERLINI, M; PEDREIRA, M. Hand hygiene as a caring practice: a reflection on professional responsibility. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 70, n. 2, p.442-445, abr. 2017. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0189.

BENTO, A. P. L.; JORDÃO J. A. A.; GARCIA, R. W. D. **Manual do paciente em terapia nutricional enteral domiciliar**. Disponível em: <www.ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=899>. Acessado em: 22 de abril de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde, 2012. 101p. (Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar, v.1).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes do NASF**. Brasília, DF: MS, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. 1 ed. Distrito Federal: Ms, 2008. 64 p. ISBN 978-85-334-1472-3. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf>. Acesso em: 19 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no . 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 ago., seção 1, p. 91, 2011a

CASSÉTTE, Júnia Brunelli et al. HIV/AIDS among the elderly: stigmas in healthcare work and training. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 19, n. 5, p.733-744, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150123.

DREYER, E; BRITO, S; SANTOS, M.R.; GIORDANO, L.C.R.S. Nutrição enteral domiciliar: manual do usuário. Como preparar e administrar a dieta por sonda. Universidade Estadual de Campinas. Hospital de Clínicas da UNICAMP. 2.ed., p.33, rev. Campinas, SP: Hospital de Clínicas da UNICAMP, 2011. Disponível em: <https://www.hc.unicamp.br/servicos/emtn/Manual_paciente.pdf>. Acesso em: 20 agos. 2017.

FERREIRA, R. S. et al. Percepção de cuidadores sobre a assistência a pacientes em nutrição enteral no âmbito domiciliar. **Revista de Enfermagem**: UFPE Online, Recife, v. 1, n. 11, p.303-308, jan. 2017.

FUJINO V.; NOGUEIRA, L.A.B.N.S. Terapia nutricional enteral em pacientes graves: revisão de literatura. **Arq Ciênc Saúde**, v.14, n.4, p.220-6, out-dez, 2007.

ICMSF (International Commission on Microbiological Specifications for Foods). **Microorganismos em Alimentos 8** – Utilização de dados para avaliação do controle de processo e aceitação do produto.(tradução em português). Editora Edgar Blücher Ltda, São Paulo. 2015.

ISIDRO, M; LIMA, D. Adequação calórico-proteica da terapia nutricional enteral em pacientes cirúrgicos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s.l.], v. 58, n. 5, p.580-586, set. 2012. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1590/s0104-42302012000500016.

KUMBIER, M; BARRETO, A; COSTA, C. Recomendações para Preparo da Nutrição Enteral: Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral Federação Brasileira de Gastroenterologia Associação Brasileira de Nutrologia. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**,** Brasil, v. 1, n. 11, p.1-7, 26 ago. 2011. Anual. Disponível

em:<https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/recomendacoes_para_preparo_da_nutricao_enteral.pdf>. Acesso em: 19 out. 2017.

LIMA, Ana Raquel da Costa et al. Avaliação microbiológica de dietas enterais manipuladas em um hospital. **Acta Cirurgica Brasileira**, [s.l.], v. 20, n. 1, p.27-30, 2005. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0102-86502005000700006.

LONGO, K. B. L. **Protocolo de Terapia Nutricional Enteral Adultos.** 2012. 25 f. TCC (Graduação) - Curso de Nutrição, Hospital das Clínicas de Marília – unidade I, Faculdade de Medicina de Marília, Marília - São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.famema.br/institucional/emtn/doc/Protocolo de Terapia Nutricional Enteral - Adulto.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2017.

MANDARINO, A. P. G., et al. **Cartilha do Paciente em Terapia Nutricional Enteral Domiciliar.** Curitiba - Paraná: Antonio Carlos Patitucci, 2011. 20 p. 20 f. Disponível em: <file:///C:/Users/Sodexo/Desktop/Cartilha Terapia Nutricional Nutricional Enteral Domiciliar.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2017.

MAURÍCIO, A; GAZOLA, S; MATIOLI, G. Dietas enterais não industrializadas: análise microbiológica e verificação de boas práticas de preparação. **Revista de Nutrição**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.29-37, fev. 2008. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s1415-52732008000100004.

NOGUEIRA, S.C.J, et al. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimantação internados em um hospital geral.**Rev. CEFAC**, São Paulo; 2011. Disponível:http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2012nahead/133-11.pdf. Acesso em: nov.2018.

PEREIRA, A. C. C. **Perfil higienicossanitário em uma Unidade de Dietas Enterais de um Hospital Público de Goiânia, Goiás.** 95 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Nutrição, Universidade Federal de Goías, Goiás, 2016.

SANTOS, V; BOTTONI, A; MORAIS, T. Qualidade nutricional e microbiológica de dietas enterais artesanais padronizadas preparadas nas residências de pacientes em terapia nutricional domiciliar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 26, n. 2, p.205-214, abr. 2013. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s1415-52732013000200008.

SILVA, K. L., et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Revista de Saúde Pública, Belo Horizonte, v. 44, n. 1, p.166-176, fev. 2010. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102010000100018.

SIMON, M.I.S.S., et al. Qualidade microbiológica e temperatura de dietas enterais antes e após implantação do sistema de análise de perigos e pontos críticos de controle. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 2, p.139-148, abr. 2007. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s1415-52732007000200003.

TAYLOR, B. E. et al. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient. **Critical Care Medicine**, Philadelphia, v. 44, n. 2, p.390-438, fev. 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). http://dx.doi.org/10.1097/ccm.0000000000001525. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26771786>. Acesso em: 03 ago. 2017.

TRANNIN, K.P.P. et al. ADESÃO À HIGIENE DAS MÃOS: INTERVENÇÃO E AVALIAÇÃO. Cogitare Enferm. 2016 Abr/jun; 21(2): 01-07. Disponível em:

https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44246/28015. Acesso em: 18 março de 2020.

VASCONCELOS, C; FORNARI, J; ARÇARI, D. Comparação entre dieta industrializada e dieta caseira em relação aos custos e contaminações microbiológicas. **Saúde em Foco,** Brasil, v. 7, n. 6, p.41-44, set. 2013. Anual. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf>. Acesso em: 19 out. 2017.

WAITBERG, Dan Linetzky. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica** / Dan Linetzky Waitzberg. – 3. ED. – São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES COM CÂNCER ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA NO MUNICÍPIO DE INDAIATUBA/SP

Nutritional profile of cancer patients served in an ambulatory of oncology in the municipality of Indaiatuba/SP

CALDEIRA, Eva Rosângela Cruz
Centro Universitário Max Planck

GIANNOCARO, Claudia Barros
Centro Universitário Max Planck

KINOCH, Mônica Cristina da Silva
Centro Universitário Max Planck

SILVA, Daniela da
Centro Universitário Max Planck

LUIZ, Bianca Sant Anna
Centro Universitário Max Planck

FUJII, Maria de Fátima Fernandes
Centro Universitário Max Planck

AGUIAR, Ana Célia Meirelles Tassinari Amaral Gurgel Dias de
Centro Universitário Max Planck

CAMARGO, Alexandre de Oliveira
Centro Universitário Max Planck

RESUMO: O tratamento do câncer é agressivo e muitas vezes possui alta demanda metabólica, sendo assim, a nutrição representa um fator importante nesse processo e entender o perfil nutricional e a prevalência de desnutrição em pacientes adultos com o diagnóstico de câncer, pode auxiliar na recuperação e tratamento. O objetivo deste estudo é avaliar o perfil nutricional de pacientes com câncer acompanhados em um ambulatório de oncologia no município de Indaiatuba/SP. A metodologia desenvolvida contemplou entrevistar os pacientes com câncer; realizar a anamnese clínica, recordatório de 24h, aplicar ASG PPP, aferir dados antropométricos e identificar o perfil nutricional desses pacientes com câncer. Como resultado, verificou-se que o excesso de peso está presente na maioria dos pacientes entrevistados, contudo, a desnutrição moderada ou suspeita de desnutrição, também esteve presente na maioria dos pacientes segundo a ASG PPP e segundo avaliação de ingestão de calorias e proteínas. Concluímos que o excesso de peso pode mascarar a real situação nutricional destes pacientes, para tanto é necessário uma avaliação nutricional minuciosa para detectar o real estado nutricional de paciente com câncer e uma intervenção nutricional precoce e adequada.

Palavras chaves: Câncer, Estado nutricional e Dietoterapia.

Abstract: Cancer treatment is aggressive and often has high metabolic demand, so, the nutrition present a very important factor in this process and understand the nutritional profile and lack of nutrition presence in growth patients with cancer diagnosis can help and improve on recovery and treatment. The main proposal for this study is evaluate nutritional profile for cancer patients followed in an oncology laboratory in Indaiatuba, state of São Paulo. The developed methodologies consist in interview cancer patients with a survey and apply anamnesis clinical with 24 hours recovering, also global subjective assessment, cross check anthropometric data, and identify and build nutritional profile for those cancer patients. As a result, it was identified that the overweight in a main factor in most of patients aligned with calories and protein ingestion. We conclude that overweight may mask the actual nutritional status of these patients, so a thorough nutritional assessment is necessary to detect the true nutritional status of cancer patients and an early and adequate nutritional intervention.

Key-words: Cancer, Nutritional status and Diet therapy

INTRODUÇÃO

Atualmente o câncer é considerado um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, e foi reconhecido pela American Cancer Society como a doença de maior impacto socioeconômico entre todas as causas de morte (NAVARRO *et al,* 2017). Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA, no mundo 8,2 milhões de pessoas morrem de câncer e no Brasil foram registradas 189.454 mortes em 2013 por câncer (BRASIL, 2015). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2030, estima-se esperar 27 milhões de casos novos de câncer e 17 milhões de mortes, com maior impacto nos países em desenvolvimento, onde ocorrem aproximadamente 70% dos óbitos (NAVARRO *et al,* 2017).

O câncer é uma doença invasiva e agressiva, seu desenvolvimento é acelerado e desordenado e a multiplicação desordenada de células invadem o organismo, tecidos e órgãos, podendo comprometer o funcionamento do organismo, podendo atingir todas as faixas etárias (BRASIL, 2015).

Destaca–se a genética uma susceptibilidade importante para um fator etiológico de adoecimento por câncer, porém é a interação entre esta susceptibilidade e outras condições resultantes do modo de vida e do ambiente que determina o risco do diagnóstico por câncer em adultos (INCA, 2006).

O câncer é uma das principais causas de morte em todo o mundo, e a idade é um dos importantes fatores de risco, uma vez que com o aumento da expectativa de vida da população, há também um esperado incremento da

incidência de neoplasia maligna (CUPPARI, 2005). No Brasil, as neoplasias representam a segunda causa de morte na população, atrás somente de doenças cardiovasculares (NAVARRO *et al,* 2017). O INCA afirma que o câncer de pele do tipo não melanoma é o mais incidente na população brasileira, sex guido por tumor de próstata, mama feminina, cólon e reto, pulmão, estômago e colo do útero (BRASIL, 2015).

A desnutrição apresentada pelo paciente oncológico apresenta uma incidência entre 30 e 50% dos casos (CUPPARI, 2005), sendo que as alterações do estado nutricional podem já estar presente no momento do diagnóstico de câncer, e a perda de peso não intencional é o primeiro sintoma a se manifestar; ressaltando que a desnutrição está frequentemente associada a carcinomas do trato gastrointestinal superior (> 80%), de cabeça e pescoço (57 a 69%) e de pulmão (61 a 87%) (NAVARRO et al, 2017).

O tratamento e a doença possuem efeitos agressivos ao portador deixando o organismo mais vulnerável e debilitado e aumentando o risco nutricional (GARÓFOLO, 2005). Pacientes em tratamento com quimioterapia e/ou radioterapia relatam sintomas gastrointestinais, como vômitos, náuseas, mudança no paladar, mucosite, diarréia e/ou constipação que podem levar à diminuição da aceitação alimentar e, causar alterações no perfil nutricional do indivíduo. Sendo assim, a investigação do impacto dessas queixas gastrointestinais sobre a ingestão alimentar faz-se necessária com o objetivo de planejar uma intervenção nutricional mais efetiva e precocemente em pacientes com diagnóstico de câncer (FERREIRA; GUIMARÃES; MARCADENTI, 2013).

Considerando que o estado nutricional pode ser alterado devido ao câncer e ainda interferir no prognóstico da doença. Tendo em vista que 30 a 50% dos pacientes com diagnóstico de câncer encontra-se desnutridos e em média 20% vêm a óbito devido a desnutrição (BRITO *et al,* 2012), é importante a avaliação nutricional do paciente oncológico a fim de que intervenções precoces possam ser realizadas, tornando a evolução clínica mais favorável e melhor qualidade de vida, reduzindo assim os efeitos citotóxicos do tratamento e as suas complicações (BORGES, 2016).

Para o diagnóstico nutricional é necessário avaliação nutricional que inclui parâmetros antropométricos como peso e estatura, dobras cutâneas e circunferência muscular do braço, além de dados laboratoriais, clínicos e

dietéticos (SISVAN). Os métodos antropométricos são importantes principalmente por possibilitar a verificação da quantidade de reservas musculares e adiposas, já que a utilização do IMC isoladamente não indica claramente o segmento corporal; e também se utiliza avaliar a dieta do indivíduo, quanto ao conteúdo calórico e aos nutrientes ingeridos, como por exemplo, o recordatório 24 horas, que consiste em um questionário sobre a alimentação do paciente nas últimas 24 horas (TARTARI *et al,* 2010). Considerando que o tratamento pode induzir tanto ao ganho ponderal quanto à perda de reservas musculares, a frequência das avaliações nutricionais não deve exceder 15 dias para pacientes eutróficos (BRASIL, 2015).

A presença do tumor pode levar a deficiências nutricionais, tendo como principais causas dessa deficiência, a redução da ingesta oral, o aumento das perdas enterais devido a má absorção ou desenvolvimento de fístulas intestinais e aumento da necessidade nutricional causada pelo hipermetabolismo (FERREIRA, *et al* 2006).

Os efeitos da desnutrição aumentam o risco de complicações pós-operatórias e reduzem a tolerância ao tratamento quimioterápico e radioterápico (TAKARA *et al,* 2012), onde a triagem nutricional é uma ferramenta chave para uma efetiva monitoração dos pacientes com câncer, pois o diagnóstico e a intervenção precoce nas complicações nutricionais são primordiais para o sucesso do controle nutricional (FERREIRA, 2008). De modo geral, a presença de desnutrição em pacientes com câncer tem sido associada a uma série de complicações clínicas negativas, incluindo maior risco de complicações, piora do *performance status* (OS), aumento do tempo de internação hospitalar e maior morbimortalidade, entre outras (NAVARRO *et al,* 2017).

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo avaliar o perfil nutricional e dietético de pacientes em tratamento oncológico atendidos em um ambulatório de oncologia no município de Indaiatuba/SP, buscando maior conhecimento sobre a influência desse tratamento no estado nutricional dessa população.

METODOLOGIA

Trata–se de um estudo observacional descritivo e de caráter transversal, realizado em ambulatório de oncologia no município de Indaiatuba/SP. A

amostra se constituiu de 100 pacientes de ambos os sexos, acima de 18 anos de idade, com diagnóstico de câncer e em tratamento curativo. Foram excluídos do estudo indivíduos com idade menor de 18 anos e pacientes em tratamento paliativo.

O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética da Faculdade de Medicina de Jundiaí, na data de 11 de Agosto de 2018, sob o protocolo número 2.754.578. Os pesquisadores convidaram os pacientes atendidos no ambulatório pessoalmente a participar do estudo durante o período de 28 de agosto a 20 de outubro de 2018 (conforme agenda de consultas médicas), neste momento foi explicado os objetivos da pesquisa e seu funcionamento, para os que aceitaram participar foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o pesquisador leu juntamente com o paciente, após concordar e assinar, iniciou-se a entrevista. O ambulatório acompanha em média 100 pacientes, onde 59 pacientes aceitaram a participar deste estudo.

Para traçar o perfil nutricional da amostra selecionada, foram coletados dados gerais do paciente, avaliação subjetiva global produzida pelo próprio paciente (ASG PPP), métodos antropométricos e dietéticos.

Os dados relacionados à história clínica dos pacientes foram obtidos por meio de entrevista indireta, possibilitando a análise de dados básicos dos mesmos como nome, idade, sexo, etc. Na ASG PPP, elaborada com itens para atender às características dos pacientes oncológicos, sendo incluída questões de sintomatologia, avaliação nutricional em três categorias (A = bem nutrido, B = desnutrição moderada ou suspeita de desnutrição e C = desnutrição grave), e classificação em escore numérico, que permite a identificação de paciente com risco nutricional e posterior intervenção. (GONZALEZ *et al*, 2010) A ASG PPP foi entregue aos pacientes ou acompanhantes para preenchimento enquanto aguardavam para aferir dados antropométricos e histórico alimentar. Ao finalizar preenchimento, os pesquisadores, chamaram os pacientes para o restante dos procedimentos estabelecidos.

Para a avaliação antropométrica foram utilizadas as medidas de peso, estatura, aferido o PCT, que demonstra a reserva de gordura corporal; CB, representando o somatório do tecido ósseo, muscular e gorduroso; e calculado CMB, que indica o comprometimento do tecido muscular. A estatura foi relatada por meio de entrevista, sendo questionada a altura do paciente no momento da

anamnese, e o peso aferiu-se por balança digital Omron. Com os dados de peso e altura, calculou-se o Índice de Massa corporal (IMC), que consiste na fórmula de peso em kg dividido pelo quadrado da altura em metros. Os pontos de corte para população adulta foram os determinados pela World Health Organization (WHO) e para população idosa, segundo critérios propostos por Lipschitz.

Para PCT utilizou-se, primeiramente, fita métrica inelástica (Prime Med) para medir a CB, e a partir de então, utilizou-se o adipômetro científico (Prime Med), com resolução de 0,1 mm, para determinar a PCT. Realizou-se três medidas no braço não dominante, considerando como valor final a média das três. A classificação para PCT, CB e CMB foi de acordo com os dados propostos por Frisancho.

A avaliação dietética se deu por meio de Recordatório 24 horas e os cálculos nutricionais obtidos com o auxílio do programa DietSmart, objetivando analisar a composição nutricional da alimentação ingerida pelo paciente quanto ao consumo de caloria e proteína e comparando com as recomendações nutricionais do Consenso Nacional de Nutrição Oncológica, sendo calorias de 30 a 35 Kcal/kg/dia; e protéicas de 1,2 a 1,5 g/kg/dia.

Para as análises estatísticas e a representação de dados, foi utilizada como auxílio o programa de computador Excel para Windows, versão 2010. Todas as variáveis registradas foram tabeladas como média +/- erro padrão, ou porcentagem com auxílio do programa Graphpad Prisma.

RESULTADOS

Ao todo aceitaram a participar da pesquisa 59 pacientes, sendo 50,84% homens, com média de idade de 60.69 ± 2.49 anos e 49,15% mulheres com idade média de 69.20 ± 2.09 anos.

Caracterizando a amostra na história clínica quanto aos tipos de câncer mais prevalentes, observou-se: prostata (18,64%), intestino (10,16%), pele e rosto (8,47%), mama (6,77%), tireóide (6,77%), metástase (5,08%), rim (3,38%), pulmão (3,38%), língua (3,38%), útero (3,38%), garganta (3,38%), laringe (3,38%), céu da boca (1,69%), ovário (1,69%), faringe (1,69%), joelho (1,69%), bexiga (1,69%), linfoma (1,69%), parótida (1,69%), sarcoma na perna (1,69%), linfoma (1,69%) pé (1,69%). Sendo que 49 (83,05%) realizam procedimento

cirúrgico durante o tratamento do câncer. Em relação ao histórico familiar 37 (32,71%) tiveram algum parentesco com diagnóstico de câncer.

Na avaliação antropométrica (Figura 1) segundo o IMC, 21 pacientes (35,59%) apresentam classificação de eutrofia, 35 (59,32%) excesso de peso, e 3 (5,08%) com baixo peso. Com a classificação do CB (Figura 2), 27 pacientes (45,76%) apresentam classificação de eutrofia, 16 (27,11%) de obesidade, 8 (13,55%) com sobrepeso, 8 (13,55%) com desnutrição leve. Em relação ao PCT (Figura 3), 34 (57,62%) apresentam eutrofia, 5 (8,47%) com obesidade, 10 (16,94%) com sobrepeso, 6 (10,16%) com desnutrição grave, 2 (3,38%) com desnutrição leve e 2 (3,38%) com desnutrição moderada. De acordo com o CMB (Figura 4), 26 (44,06%) apresentam eutrofia, 14 (23,72%) com obesidade, 13 (22,02%) com sobrepeso, 5 (8,46%) com desnutrição leve, 1 (1,69%) com desnutrição moderada.

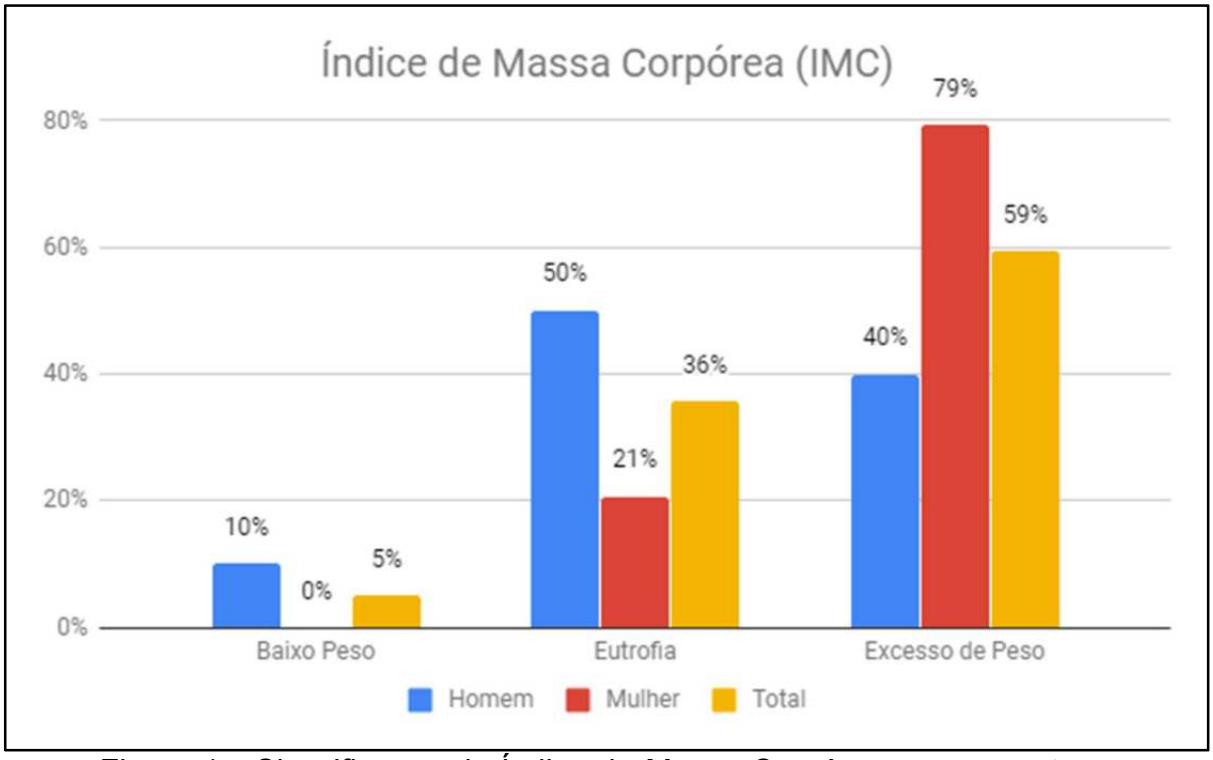


Figura 1 - Classificação de Índice de Massa Corpórea em percentagem de pacientes.

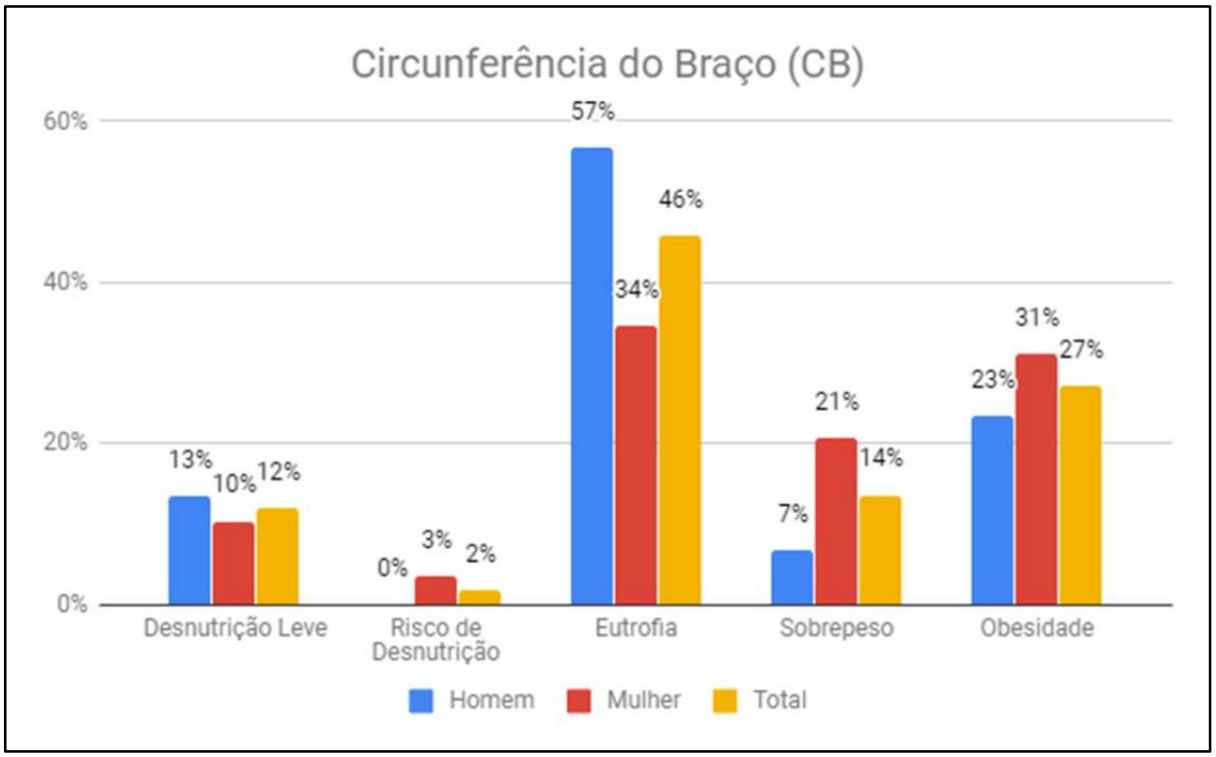


Figura 2 - Classificação da Circunferência do Braço em percentagem de pacientes.

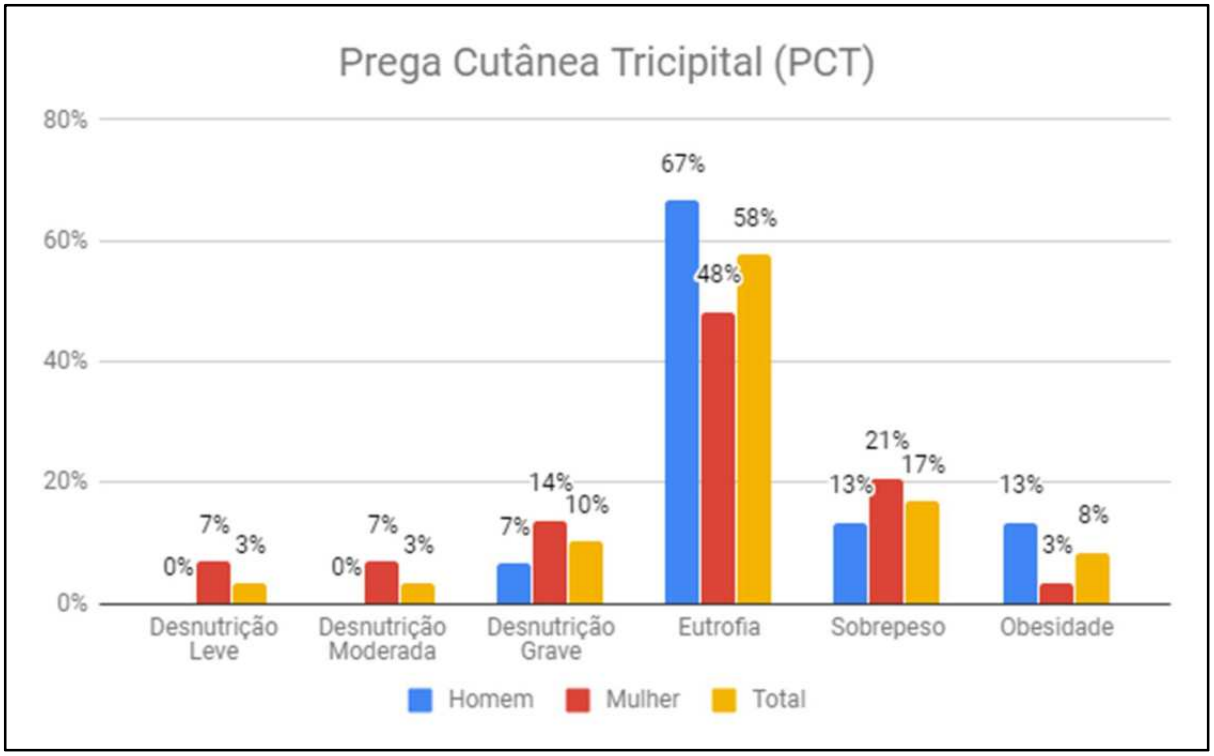


Figura 3 - Classificação da Prega Cutânea Tricipital em percentagem de pacientes.

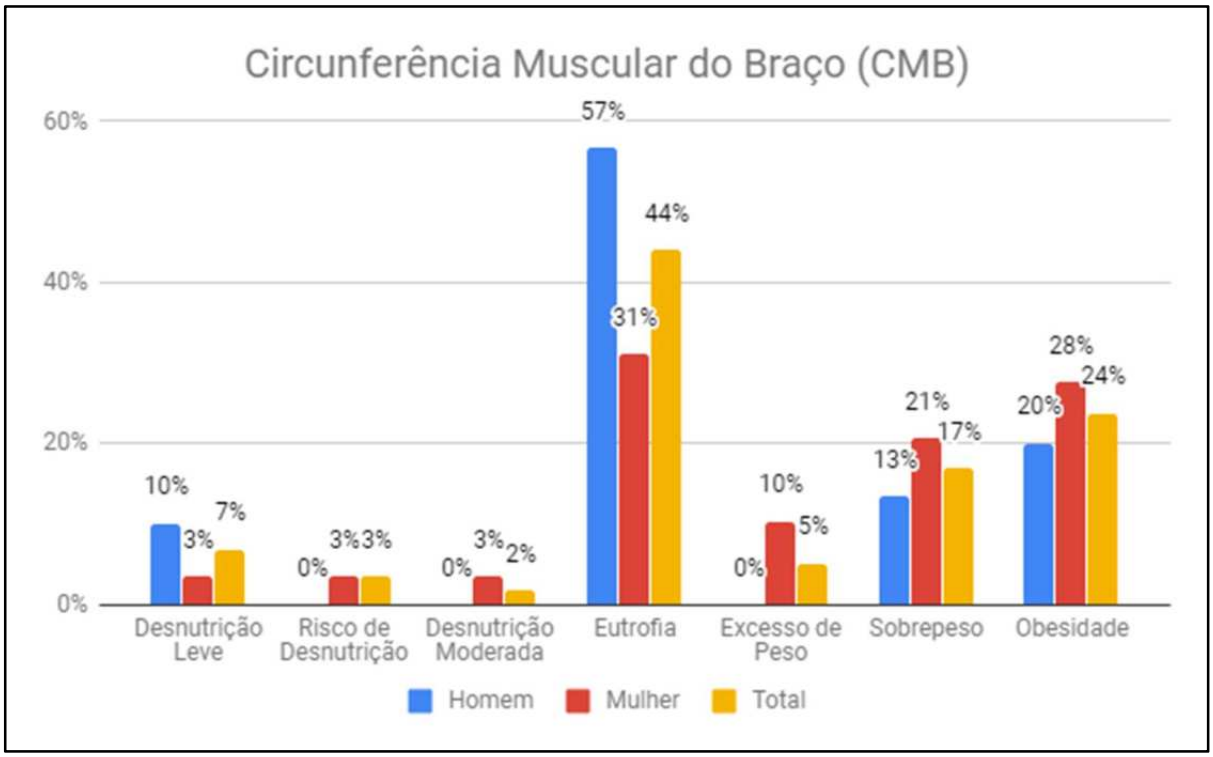


Figura 4 - Classificação Muscular do Braço em percentagem de pacientes.

Analisando os resultados da ASG PPP (Figura 5), 22 (37.28%) pacientes estavam bem nutridos, 33 (55,93%) apresentaram desnutrição moderada ou suspeita de desnutrição e 4 (6,7%) com desnutrição grave.

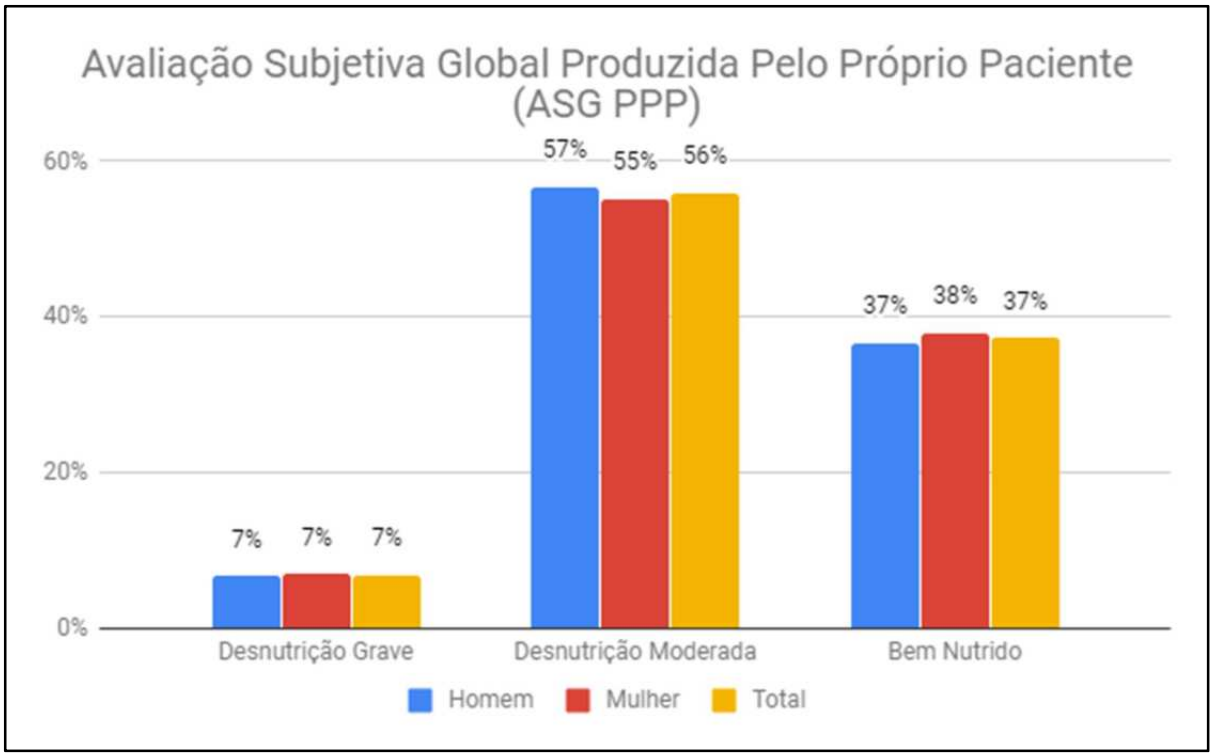


Figura 5 - Classificação da ASG PPP em percentagem de pacientes.

Na avaliação dietética obteve o resultado em calorias (Figura 6), 48 (81,35%) pacientes apresentaram ingestão inferior ao recomendado, 6 (10,16%) adequados e 5 (5,47%) superior ao recomendado. Em proteína (Figura 7) obteve como resultado, 27 (45,76%) pacientes com ingestão inferior ao recomendado, 20 (33,89%) adequados e 12 (20,33%) superior ao recomendado.

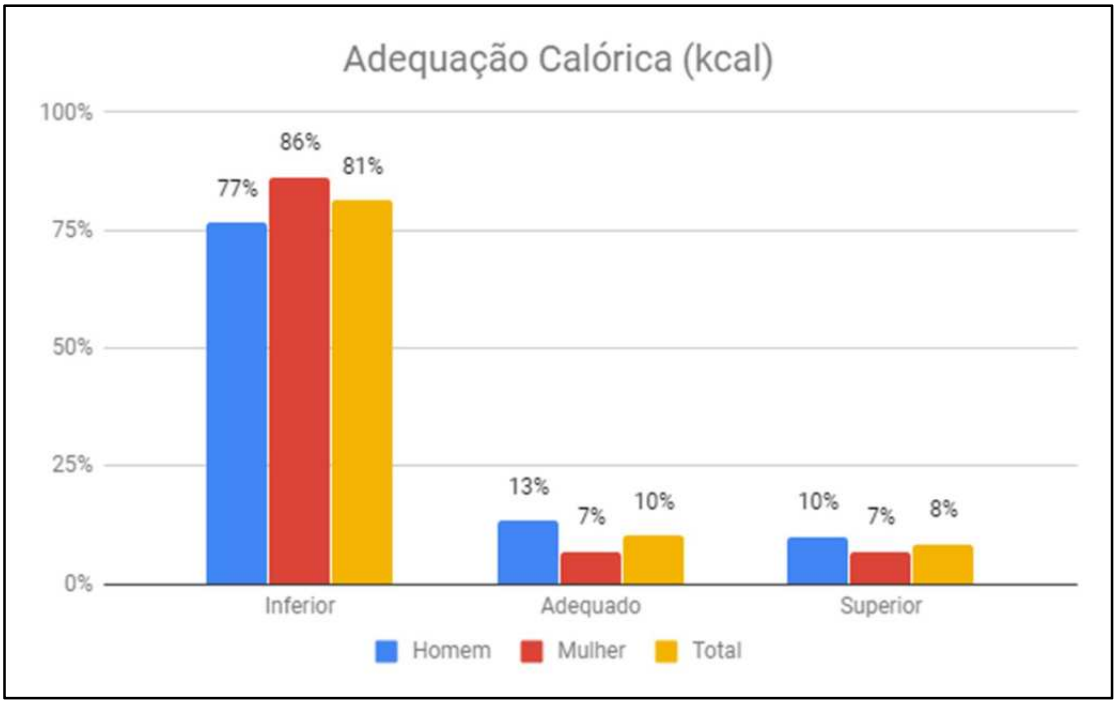


Figura 6 - Adequação calórica em percentagem de pacientes.

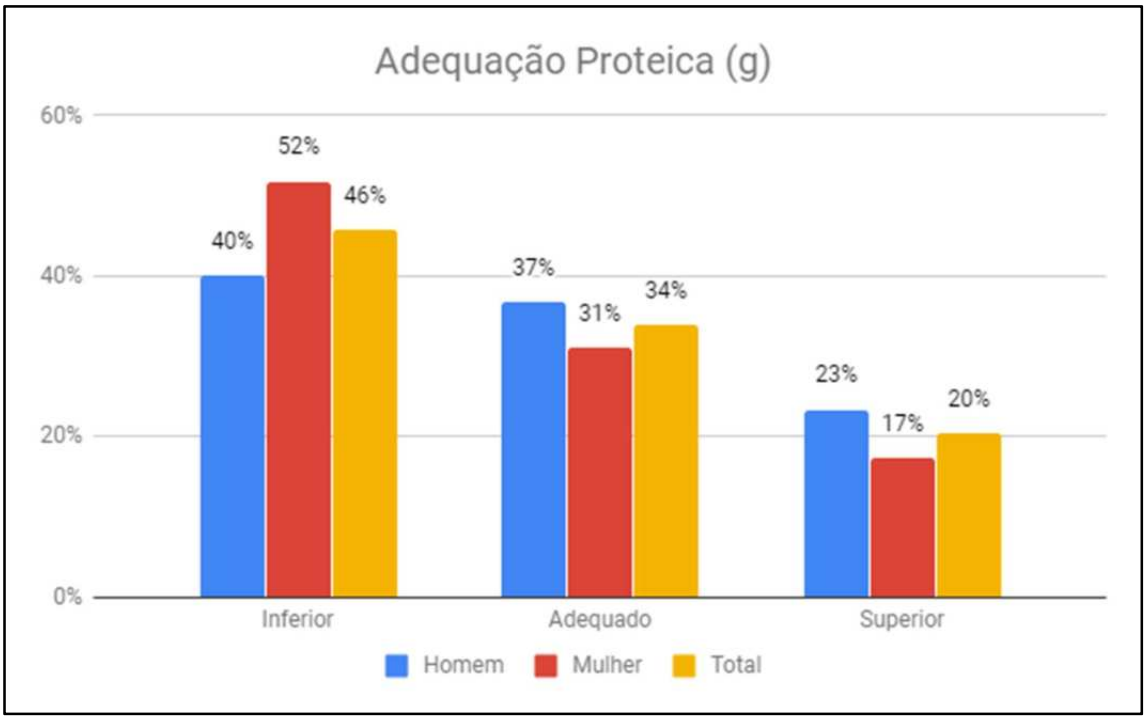


Figura 7 - Adequação protéica em percentagem de pacientes.

DISCUSSÃO

Do ponto de vista sociodemográfico, no presente estudo, houve predomínio do sexo masculino, o que corrobora os dados mais recentes do INCA, onde estimam 395 mil casos novos de câncer, sendo 204 mil para o sexo masculino e 190 mil para o sexo feminino. (BRASIL, 2015).

Dos dados antropométricos, neste estudo observou-se a prevalência de excesso de peso segundo IMC em aproximadamente 59% do pacientes. Kitynec (1999), aponta que a causa do excesso de peso pode ser associado a ingestão alimentar, decréscimo da atividade física, alteração da taxa metabólica basal ou menopausa. Estudo realizado por Cagol *et al* (2016) também apresentou na maioria dos participantes excesso de peso segundo o IMC (48,6%), seguido por eutrofia (39%); situação parecida encontra-se no estudo de Cordeiro e Fortes (2015) onde o resultado médio padrão encontrado foi de 27,20kg/m², constatando a presença do excesso de peso na população estudada. Já o estudo de Maio *et al (*2009) apresentou eutrofia na maioria dos participantes (67%) e o mesmo observa-se no estudo de Tartari *et al* (2009) com a maioria do resultado em eutrofia (44%), seguido por sobrepeso segundo o IMC (32%). Evidenciando-se assim, que a eutrofia e o excesso de peso são mais encontrados na população com câncer, do que o resultado de baixo peso segundo IMC.

Vale ressaltar que o IMC em pacientes com câncer possui valor limitado, pois podem apresentar aumento de mediadores inflamatórios o que acarreta, além da degradação proteica, expansão de líquido extracelular, ocasionando retenção hídrica e mascarando o real estado nutricional (PAIVA *et al*, 2004).

Em relação aos demais dados antropométricos coletados, CB, PCT e CMB, a prevalência neste estudo foi de eutrofia (aprox. CB e CMB de 45% e PCT de 58%), seguida de excesso de peso (aprox. CB e CMB de 44% e PCT de 25%) e depois desnutrição (aprox. CB e CMB de 8% e PCT de 17%), o que nos leva a associar que algumas drogas utilizadas nesse tipo de tratamento ou em conjunto, promovem retenção hídrica, diminuição da massa magra e aumento de gordura corporal VERDE, 2007), pois mesmo com prevalência de excesso de peso segundo o IMC, houve também 17% de desnutrição segundo PCT.

Outra hipótese é citada por Malzyner & Caponero (2004) que é o fato de que a informação de que o câncer é uma doença que frequentemente leva à desnutrição, e por isso, muitos pacientes alteram suas dietas de forma a forçar

uma ingestão calórica que acaba levando ao ganho ponderal (MALZYNER & CAPONERO *apud* WAITZBERG, 2004), além de que algumas neoplasias podem gerar menor comprometimento da ingestão alimentar, ou ausência de distúrbios nutricionais absortivos, ou alterações metabólicas mínimas (COZERATTOLINI e GALLON, 2010).

No presente estudo, a ingestão calórica e proteica foi considerada inferior quando comparada com as recomendações nutricionais do Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. Aproximadamente 81% dos entrevistados estão com ingestão menor em calorias e 46% com ingestão menor de proteína. O mesmo cenário foi observado nos estudos de Tartari *et al* (2009), de Takara *et al* (2012) e de Mendes *et al* (2006), demonstrando que a ingestão calórica dos pacientes estudados também é deficiente, ou seja, pacientes com câncer têm ingestão alimentar menor do que sua necessidade, podendo levar à desnutrição.

Essa baixa ingestão alimentar está associada ao resultado encontrado neste estudo para a somatória dos níveis de desnutrição moderada ou suspeita de desnutrição encontrados na ASG PPP, que revelou o acometimento de 56% dos pacientes por tal agravo, além de 7% com desnutrição grave, valores semelhantes também observados nos estudos realizados por Brito *et al* (2012) onde encontraram 58,4% na mesma categoria de desnutrição moderada ou suspeita de desnutrição em seus pacientes, Gomes e Maio (2015) encontraram 56,67% na mesma categoria de desnutrição moderada ou suspeita de desnutrição. Cordeiro e Fortes (2015) encontraram 75,81% na mesma categoria de desnutrição, Arribas *et al* (2013) encontraram 37,5% na mesma categoria de desnutrição, e Cagol *et al* (2016) encontraram 33,1% na mesma categoria de desnutrição, corroborando os dados do Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica, do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), de 2013, onde foram avaliados pacientes oncológicos e a desnutrição estive presente em 45,1% dos pacientes estudados, também avaliados pelo método ASG PPP.

Desde as primeiras publicações da sua utilização, a ASG PPP tem demonstrado excelente sensibilidade, considerada como método padrão ouro na avaliação nutricional, além de ser o instrumento mais amplamente utilizado e aceito no rastreamento e na avaliação nutricional do paciente oncológico (BRASIL, 2013). De acordo com Peres *et al* (2009), a ASG PPP apresenta alta

especificidade na identificação de pacientes desnutridos com diagnóstico de câncer, sendo possível identificar sintomas específicos da doença que podem diminuir com orientação dietética e terapia medicamentosa.

As principais causas da desnutrição são a localização do tumor e o seu efeito sistêmico, anorexia decorrente da inapetência, aumento do metabolismo energético proveniente da depleção proteica, tipo de tratamento instituído, medicação utilizada, sintomas gastrointestinais e gerais, esse conjunto semiológico é considerado o ápice da desnutrição e denominado síndrome da anorexia caquexia (FONSECA; GARCIA e STRACIERI, 2009).

Uma vez que a ASG PPP identifica o paciente com risco nutricional precocemente, é possível oferecer orientação referente ao manuseio dos seus sintomas, ou orientação nutricional antes que venha a desenvolver a desnutrição efetivamente, permitindo melhor resposta ao tratamento e melhorando a qualidade de vida desse paciente, além de evitar ou retardar a progressão do estágio de pré-caquexia ao estágio final de caquexia refratária (FEARON *et al* 2011 *apud* BRASIL 2013).

Neste estudo, náuseas, dor, inapetência, além de saciedade precoce, foram os sintomas mais referidos na ASG PPP. Esses sintomas são também citados no Consenso Nacional de Nutrição Oncológica de 2015 (INCA), mostrando que vários estudos apontam que a desnutrição é frequente entre os pacientes com câncer, e os sintomas estão presente como efeitos colaterais do tratamento, causando anorexia, transtornos gastrointestinais, disgeusia, disfagia e saciedade precoce. Mostra também que o déficit do estado nutricional está relacionado com a diminuição da resposta ao tratamento oncológico e da qualidade de vida, condicionando maiores riscos de complicações, além do aumento da morbimortalidade, ressaltando assim a importância da intervenção nutricional precoce (BRASIL, 2015).

No câncer, o estado nutricional, principalmente no que tange à desnutrição, tem-se revelado um potente fator interferente e a prevalência desse déficit nutricional em pacientes oncológicos tem sido tão significante que, hoje, ele é visto como parte inerente à patologia (BRITO *et al*, 2012).

Outro ponto importante a ressaltar está nas ferramentas de avaliação nutricional, uma vez que a classificação por IMC e dados antropométricos são os mais utilizados nas avaliações, percebe-se que para pacientes oncológicos

estas não são os meios mais indicadas por não representar a real situação do paciente, as ferramentas de ASG PPP e a avaliação por Recordatório 24 horas são os mais indicados para real demonstração do perfil nutricional dessa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo confirma a presença de desnutrição na população oncológica estudada no município de Indaiatuba/SP, pelo método da ASG PPP, juntamente com análise da ingestão alimentar, indicando necessidade de acompanhamento nutricional destes paciente. Diante do exposto, destaca-se que a maior susceptibilidade destes pacientes ao risco nutricional e a desnutrição durante o diagnóstico e tratamento oncológico, uma vez que interfere diretamente no prognóstico da doença. Ressalta-se assim, a importância do acompanhamento e da intervenção nutricional precoce, objetivando manter, melhorar ou recuperar o estado nutricional e garantindo a qualidade de vida destes pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRIBAS, L. *et al*. Factores Pronósticos de Desnutricion a Partir de la Valoracion Global Subjetiva Generada por el Paciente (VGS-GP) en Pacientes con Cáncer de Cabeza y Cuello. **Nutrición Hospitalaria**, 2013.

ATTOLINI, R.C.; GALLON, C.W. Qualidade de Vida e Perfil Nutricional de Pacientes com Câncer Colorretal Colostomizados. **Rev Bras Coloproct.** Rio de Janeiro, 2010.

AZEVEDO, Catarina D.; DAL BOSCO, Simone M. Perfil Nutricional, Dietético e Qualidade de Vida de Pacientes em Tratamento Quimioterápico. **ConScientiae Saúde.** São Paulo, 2011.

BORGES, Camila Feijó. O Uso de Diferentes Indicadores de Estado Nutricional e sua Relação como Desfecho Clínico de Pacientes Oncológicos. **Programa de pós-graduação em Patologia,** Porto Alegre, 2016.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva - INCA. **Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica**. Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva - INCA. **Consenso Nacional de Nutrição Oncológica**. Rio de Janeiro, 2015.

BRITO, *et al*. Perfil Nutricional de Pacientes com Câncer Atendidos pela Casa de Atendimento ao Paciente Oncológico do Sudoeste da Bahia. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Bahia: 2012; 58 (2): 163-171.

CAGOL, F. *et al*. Estado Nutricional Segundo Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente de Acordo com a Localização do Tumor. **Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, 2016.

CONPREV, Coordenação de Prevenção e Vigilância; INCA, Instituto Nacional do Câncer. **Situação do Câncer no Brasil.** 1 ed – Rio de Janeiro: MS, 2006.

CORDEIRO, Antonia L.O. e FORTES, Renata C. Estado Nutricional e Necessidade de Intervenção Nutricional em Mulheres com Câncer de Mama em Tratamento Quimioterápico. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, 2015.

CUPPARI, L. **Nutrição Clínica no Adulto.** 2ed. – São Paulo: Manole, 2005.

FERREIRA, D.; GUIMARÃES, T.G; MARCADENTI, A. Aceitação de Dietas Hospitalares e Estado Nutricional entre Pacientes com Câncer. **Einstein.**São Paulo, 2013;11(1):41-6

FERREIRA, Noeli M.L.A. *et al*. Quimioterapia Antineoplásica e Nutrição: uma revisão complexa. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** Goiás, 2008.

FONSECA, D.A.; GARCIA, R.R.M. e STRACIERI, A.P.M. Perfil Nutricional de Pacientes Portadores de Neoplasias Segundo Diferentes Indicadores. **Revista Digital de Nutrição**, Ipatinga, ago-dez 2009.

GAROFOLO, A. Diretrizes para Terapia Nutricional em Crianças com Câncer em Situação Crítica. **Revista da Nutrição,** Campinas, jul/ago 2005.

GOMES, Nayara de S. e MAIO, Regiane. Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente e Indicadores de Risco Nutricional no Paciente Oncológico em Quimioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2015.

GONZALEZ, M. C. *et al*. Validação da Versão em Português da Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica.** Rio Grande do Sul, 2010.

MAIO, R. *et al*. Estado Nutricional e Atividade Inflamatória no Pré-Operatório em Pacientes com Cânceres da Cavidade Oral e da Orofaringe. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, 2009.

MAHAN, L. K., *et al.* **Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia.** 13 ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MENDES, C.C.T. *et al*. Avaliação do Estado Nutricional de Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço em Acompanhamento Ambulatorial. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, 2006.

NAVARRO, Anderson M. *et al*. **Atualidades em Alimentação e Nutrição Hospitalar.** 1ed. – Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

PAIVA, S., . *et al*. Terapia Nutricional como Coadjuvante no Tratamento do Paciente com Insuficiência Cardíaca. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**; jan-fev 2004.

PERES, G.B. *et al*. Comparação entre Métodos de Avaliação Subjetiva Global em Oncologia. **Revista Ciência & Saúde.** Porto Alegre, 2009.

SISVAN, Vigilância Alimentar e Nutricional.Série A. Normas e Manuais Técnicos, **Ministério da Saúde.** 1 ed. Brasília: MS, 2004.

TAKARA, T. F.M. *et al*. Avaliação Nutricional em Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço.** São Paulo, 2012.

TARTARI, R. F. *et al*. Perfil Nutricional de Pacientes em Tratamento Quimioterápico em um Ambulatório Especializado em Quimioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia.** Rio de Janeiro, 2010.

VERDE, S.M.M.L. **Impacto do Tratamento Quimioterápico no Estado Nutricional e no Comportamento Alimentar de Pacientes com Neoplasia Mamária e suas Consequências na Qualidade de Vida**. Dissertação. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.

WAITZBERG, Dan L. **Dieta, Nutrição e Câncer**. São Paulo: Atheneu; 2004.

WAITZBERG, D.L.; CAIAFFA, W.T.; CORREIA, M.I. Hospital Malnutrition: the Brazilian National Survey (IBRANUTRI): A Study of 4.000 Patients. **Nutrition**, 2001.

SOBRE AS(OS) AUTORES:

Claudia Barros Giannocaro
Graduanda em nutrição pelo Centro Universitário Max Planck.
E-mail: claudiabgian@hotmail.com

Daniela da Silva
Graduanda em nutrição pelo Centro Universitário Max Planck.
E-mail: daniielas.ela@gmail.com

Eva Rosângela Cruz Caldeira
Graduanda em nutrição pelo Centro Universitário Max Planck.
E-mail: evaccaldeira@gmail.com

Mônica Cristina da Silva Kinoch
Graduanda em nutrição pelo Centro Universitário Max Planck.
E-mail: monicakinoch@gmail.com

Prof. Alexandre de Oliveira Camargo
Orientador: Mestrando em Ciências Biomédicas Fundação Hermínio Ometto, Especialista em Docência em Ensino Superior pela Faculdade Max Planck Indaiatuba, Especialista em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica pelo GANEP Nutrição Humana (2012). Graduado em Nutrição pelo Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio (2010). Atua como nutricionista clínico no Hospital Augusto de Oliveira Camargo (Indaiatuba/SP) e Centro Médico de Indaiatuba (Indaiatuba/SP), atuando também como docente no Centro Universitário Max Planck (Indaiatuba/SP), ministrando aulas atualmente para os cursos de nutrição e farmácia.
E-mail: alexandrecamargo@prof.faculdademax.edu.br

Profa. Bianca Sant Anna Luiz

Professora revisora
E-mail:nutricao@faculdademax.edu.br

Profa. Maria de Fátima Fernandes Fuji
Professora revisora
E-mail:biomedicina@faculdademax.edu.br

Profa. Ana Célia Meirelles Tassinari Amaral Gurgel Dias de Aguiar
Professora revisora
E-mail:ana.gurgel@prof.faculdademax.edu.br

USO NUTRACÊUTICO DO COGUMELO A*garicus blazei* Murril NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

Nutraceutical use of the A*garicus blazei* Murril mushroom in the treatment of breast cancer.

BIZARRI, Gabriela A.
Centro Universitário de Jaguariúna – UNIFAJ

FERNANDES, Jefferson W.
Centro Universitário de Jaguariúna – UNIFAJ

FRIZO, Patrícia F.
Centro Universitário de Jaguariúna – UNIFAJ

HAKIME-SILVA, Ricardo A.
Centro Universitário de Jaguariúna - UNIFAJ

RESUMO: Os cogumelos têm sido utilizados há milênios por diversas culturas devido as suas propriedades medicinais e nutricionais, e atualmente diversas pesquisas tem demonstrado sua eficácia como produto nutracêutico no tratamento de vários tipos de patologias, entre elas o câncer. Esse trabalho visou realizar uma revisão bibliográfica acerca dos benefícios do consumo do cogumelo *Agaricus blazei* Murril para o tratamento no câncer de mama feminino. O levantamento demostrou que seus ativos, em especial a beta-glucana, apresenta sinais promissores na redução de células carcinogênicas da mama, bem como no aumento da resposta imunológica de cobaias e pacientes tratados com Agaricus blazei. Diversos estudos estão sendo feitos para elucidar o mecanismo de ação e a forma correta para o tratamento com este tipo de agente nutracêutico.

Palavra-chave: *Agaricus blazei* Murril; câncer de mama; nutracêutico.

ABSTRACT: Mushrooms have been used for millennia for several crops due to their medicinal and nutritional properties, and currently several researches have demonstrated their effectiveness as a nutraceutical product in the treatment of various types of diseases, among them cancer. This work aimed to carry out a bibliographical review about the benefits of the consumption of the mushroom Agaricus blazei Murril for the treatment in the female breast cancer. The survey showed that its actives, especially beta-glucan, show promising signs in reducing breast carcinogenic cells, as well as increasing the immune response of guinea pigs and patients treated with Agaricus blazei. Several studies are being done to elucidate the mechanism of action and the correct form for the treatment with this type of nutraceutical agent.

Key words: Agaricus blazei Murril; breast cancer; nutraceutical

INTRODUÇÃO

O câncer é a segunda principal causa de mortes por doenças no Brasil, abaixo somente das doenças cardiovasculares (KUMAR & STRICKER, 2010).

O câncer é caracterizado pelo crescimento descontrolado provocado pela proliferação contínua de células anormais com capacidade de invasão (metástase) e destruição de outros tecidos, sendo que seu desenvolvimento se dá por uma sequência de mutações e alterações que ocorrem em seu DNA (JUNQUEIRA & CARNEIRO, 2013).

Na maioria das vezes o processo de formação do tumor se dá de maneira lenta, sendo este processo uma combinação de fatores genéticos, nutricionais e ambientais, que podem influenciar em maior ou menor grau no processo neoplásico (KUMAR & STRICKER, 2010).

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais comum entre mulheres no Brasil e no mundo. O tratamento para o câncer via de regra é a quimioterapia combinada com cirurgia; a quimioterapia traz bons resultados para o tratamento do câncer de modo geral, impedindo seu crescimento e em alguns casos levando a morte das células cancerosas; porém a quimioterapia traz consigo uma série de reações adversas severas ao paciente (DE SOUZA, 2001).

Evidências científicas provenientes de vários estudos realizados por diferentes pesquisadores têm demostrado que alguns tipos de fungos possuem propriedades farmacológicas, ou seja, possuem substâncias capazes de interferir no processo de carcinogênese, atuando nos diferentes mecanismos e estágios da doença, podendo prover efeitos benéficos ao tratamento do paciente (DE SOUZA, 2001).

Este trabalho tem como objetivo desenvolver uma análise sobre os estudos publicados a respeito da relação do uso do cogumelo Agaricus blazei Murril e seus benefícios como adjuvante na terapia contra o câncer, destacando as principais substâncias e suas características farmacológicas.

METODOLOGIA

Para esta revisão literária utilizamos as seguintes bases de dados: Pubmed, Teses USP, Medine. A fim de complementar este trabalho também foram utilizados livros sobre áreas afins provenientes da biblioteca da Unifaj campus 2.

Para identificar as publicações indexadas nesta base de dados foram utilizadas as seguintes palavras chaves: *Agaricus blazei* Murril, câncer de mama.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

NUTRACÊUTICOS

Nossa sociedade há muito tempo reconhece a relação entre o consumo de alimentos saudáveis e sua atuação na melhoria da saúde do indivíduo, hoje chamamos de alimentos funcionais ou nutracêuticos aqueles alimentos capazes de adicionar efeitos fisiológicos para que o consomem e não somente os consumidores estão interessados em conhecer esses produtos, mas também a indústria em geral juntamente com a comunidade científica (LIRA et al; 2009). Um alimento pode ser considerado funcional se for demonstrado, de maneira satisfatória, que possa agir de forma benéfica em um ou mais funções do corpo, além de se adequar à nutrição, de certo modo melhorando a saúde e o bem-estar, ou reduzindo o risco de doenças" (Roberfroid, 2000)

CÂNCER DE MAMA FEMININA

As neoplasias de mama são consideradas o tipo comum de câncer entre as mulheres no Brasil e no mundo, depois do câncer de pele, sendo seus principais fatores de risco e idade dos 50 anos de idade, menarca precoce, menopausa tardia; utilização de estrógenos exógenos, histórico reprodutivo, primeira gravidez após os trinta anos de idade, não ter filhos, uso de anticoncepcionais e terapia de reposição hormonal pós menopausa; tudo isso atua em sinergismo com fatores ambientais dos quais podem citar: ingestão de bebidas alcoólicas, sobrepeso, tabagismo e histórico de câncer de mama na família (LESTER, 2010).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2017), estima- se que para ano de 2018 irá surgir aproximadamente 59.700 novos casos de câncer de mama no Brasil.

COGUMELO *AGARICUS BLAZEI* MURRIL

O Reino dos fungos possui aproximadamente um milhão e meio de espécies, muitas destas espécies são microscópicas. Os fungos contribuem de forma significativa para a preservação e equilíbrio biológico do planeta (COELHO & SILVA, 2006).

A classificação sistemática do *Agaricus blazei* Murril é:

- Divisão: Basidiomycota

- Sub-divisão: Homobasidiomycetidae
- Ordem: Agaricales
- Família: Agaricaceae
- Gênero: *Agaricus*
- Espécie: *Agaricus blazei*

Cogumelos são fungos pertencentes a classe dos ascomycetos e dos basidiomycetos, eles constituem um grupo com grande diversidade de formas, cores e tamanhos, sendo o fungo *Agaricus blazei* Murril é mais conhecido pelo seu nome mais popular "Cogumelo do sol". Atualmente se tem conhecimento de mais de dez mil espécies diferentes de cogumelos, porém somente cerca de duas mil pertencentes a 30 gêneros são considerados comestíveis sendo que destas apenas 20 espécies são cultivadas comercialmente e menos de 10 são industrializadas (DE SOUZA, 2001).

O fungo *Agaricus blazei* Murril é de origem natural das regiões de serra da Mata Atlântica do Estado de São Paulo e sua descoberta ocorreu no município de Piedade, SP. Apesar da sua importância e grande perspectiva de uso terapêutico, seu cultivo comercial é relativamente recente no Brasil e observa se uma certa carência de estudos fisiológicos e genéticos para que possa ser identificado quais linhagens seriam mais produtivas e estáveis (DE SOUZA, 2001).

COGUMELOS: ASPECTOS NUTRICIONAIS

Os cogumelos possuem consideráveis quantidades de vitaminas como biotina, ácido ascórbico, tiamina, riboflavina, e pró vitamina D. Com relação aos minerais, os cogumelos possuem quantidades consideráveis de cálcio, fósforo, magnésio, ferro, zinco e possuem um elevado valor proteico contendo todos os aminoácidos essenciais, possuindo baixo valor de gordura total, sendo boa fonte de carboidratos e fibras (FURLANI & GODOY, 2007).

A presença ou não de metais pesados está condicionada a maneira como foi cultivado, principalmente levando em consideração a água utilizada. Oliveira e colaboradores (1999) destacam a seguinte composição centesimal do fungo Agaricus *blazei* Murril desidratado: umidade (9,67%), lipídeos (1,48%), proteínas (30,13%), cinzas (9,37%), fibra bruta (14,57%), fósforo (0,87%),

potássio (2,34%), cálcio (0,07%), magnésio (0,08%), enxofre (2,29%), cobre (61,88mcg), zinco (86,90mcg), ferro (79,13 mcg), glicídeos (34,78%).

SUBSTÂNCIAS PROVENIENTES DO FUNGO *AGARICUS BLAZEI* MURRIL COM POTENCIAL NUTRACÊUTICO.

Alguns cogumelos são utilizados em muitas partes do mundo como rica fonte de nutrientes e também devido ao seu grande potencial terapêutico, principalmente pela presença de substâncias com ação antitumoral e anti-inflamatória, inclusive na espécies do gênero Agaricus (FONTES & NOVAES, 2006). Na espécie *Agaricus blazei* em específico foram encontrados e identificados vários polissacarídeos com atividade antioxidante, anti-inflamatória, anticancerígena e imunomodulatória, como exemplo de tais substâncias podemos citar: lectina, beta-glucanas, ergosterol e arginina (FONTES & NOVAES, 2006).

Acredita-se que a principal substância que apresenta ação farmacologicamente ativa nos fungos, entre eles o *Agaricus blazei,* são as beta-glucanas, por isso nosso trabalho foi dado uma maior atenção a essas substâncias. A beta-glucanas são considerados polímeros de glicose (polissacarídeos) que estão presente especificamente na parede dos fungos (MILES, 1997; NOVAES & NOVAES, 2005). Foi demonstrado que diferentes fungos produzem beta-glucanas com estruturas diferentes (DONG, 2002).

Vários estudos feitos revelaram que o principal efeito antitumoral de vários tipos de diferentes de cogumelos medicinais, são devido à presença e ação farmacológica das beta-glucanas (AMAZONAS, 2002; MIZUNO,1998; NOVAES & NOVAES, 2005). Em uma pesquisa em que polissacarídeos que foram isolados dos fungos *Agaricus blazei* demonstrou possuir a capacidade de inibir a proliferação de células endoteliais (CHEN et al; 2005).

Hoje já se sabe que o comprimento e o grau de ramificação de cada betas-glucanas exercem influência direta sobre a capacidade de ação farmacológica, e deste modo as beta-glucanas utilizada para o tratamento terapêutico pode ter maior ou menor efeito farmacológico dependendo do tipo de cogumelo utilizado (NARGOCEN, 2003).As beta-glucanas presente nos cogumelos medicinais tem revelado possuir também um efeito profilático para

alguns tipos de câncer, fornecendo estimulação para o sistema imunológico através do aumento do número de linfócitos (MIZUNO,1998).

Alguns autores têm estabelecido que as betas-glucanas provavelmente exercem efeito inibitório no processo de desenvolvimento e crescimento tumoral e que provável mecanismo de sua ação no sistema imunológico seja a ativação e expansão de linfócitos T help e essa provável interação entre células T e os antígenos dá início a uma série de eventos bioquímicos que estimulam os linfócitos T a produzirem citocinas aumentando a quantidade de células natural killer que irão participar diretamente da destruição de células cancerígenas (KUO et al; 2002; FORTES, 2006).

As betas-glucanas se ligam nos receptores presentes nas membranas dos macrófagos, células T, neutrófilos, célula natural killer, entre outras (RICE et al; 2004). Já foram identificados quatro receptores para as betas-glucanas: receptor complemento 3, dectim 1, lactosesilseramida e receptores *scarkenger*, embora o funcionamento exato de cada um deles ainda não foi bem esclarecido (WILLMENTE et al; 2001).

Uma pesquisa experimental in vitro realizada em células de câncer de mama (MCF) expostas ao extrato aquoso do *Agaricus blazei* e essa pesquisa demonstrou que o extrato foi capaz de reduzir em aproximadamente 67% a proliferação das células, revelando o potencial anticancerígeno do cogumelo (TALORETE et al; 2002). Em outro estudo experimental in vivo, realizado com ratos que foram inoculados com células cancerígenas de mama, os pesquisadores observaram uma significativa diminuição na proliferação celular após os ratos terem sido submetidos a suplementação oral com beta-glucanas extraído do cogumelo *Agaricus blazei* (VETVICKA et al; 2008).

Nos estudos clínicos propostos por SEE & Colaboradores (2002) no qual incluiu diversos tipos de câncer, dentre eles o câncer de mama no estágio IV, foi fornecido aos pacientes chá do cogumelo *Agaricus blazei* (10 mg/dia) após esse período de 6 meses de tratamento houve um aumento das células natural killer, melhorando significativamente a qualidade de vida dos pacientes em estágios avançados de câncer. Este estudo mostrou que a ingestão diária de cogumelos estava inversamente relacionada aos riscos de se desenvolver câncer de mama, em especial mulheres na pós-menopausa (SEE et al; 2002). Pesquisas semelhantes sugerem que a suplementação dietética com beta-glucana

proveniente do fungo *Agaricus blazei* teve benefícios notáveis na redução dos sintomas causados pela quimioterapia em pacientes com câncer de mama (CARVALHO et al; 2011).

Pesquisas apontam que a beta-glucana não tem efeito citotóxico e que todos os outros estudos que relacionam efeitos tóxicos da beta-glucana, foram feitos utilizando extratos brutos que continham outras substâncias, mas nos extratos purificados onde contém somente beta-glucana purificadas não foram achados efeitos tóxicos (GODFREY et al; 2009). Um outro estudo a longo prazo sobre toxicologia de cogumelos medicinais usados de forma seca na dieta de cobaias revelou ausência de efeitos carcinogênicos (LEE et al; 2008).

A concentração de beta-glucana em cogumelos *Agaricus blazei* varia-se significativamente conforme sua forma de cultivo, sendo que o cultivo feito em estufas apresenta menor concentração 8,4 a 9,0g por 100g de cogumelos secos e maior concentração em cogumelos cultivados em estufa variando de 10,1 a 21g de 100 g de cogumelo seco (Determinação do cogumelo) (SEE; et al 2002).

Principais ativos encontrados no gênero Agaricus:

LECTINA

Encontrada em muitos fungos, a lectina é um fosfolipídeo. A lectina encontrada no *Agaricus blazei* tem demostrado ter efeito antiprofilático em células cancerígenas e seus efeitos antitumoral tem sido relacionado a inibição da proliferação células epiteliais bloqueando a entrada de proteína para o núcleo (RICE et al; 2004). As lectinas também exercem sua ação através de propriedades indutoras de apoptose celular. Sendo esse o mecanismo primário contra neoplasias malignas (NOVAES & NOVAES, 2005).

ERGOSTEROL

O ergosterol também chamado de pró vitamina D2 é um dos substratos para a produção de vitamina D, e é encontrado em frações lipídicas dos cogumelos *Agaricus blazei*. Atuando também na neuvascularização do tumor, inibindo diretamente na oncogênese provocada pelo tumor, sendo esse efeito comprovado in vivo em ratos fêmeas inoculadas com câncer de mama (TAKESHI et al; 2001).

ARGININA

A arginina é o aminoácido mais abundante encontrado na família *Agaricaceae*, sua função no combate ao câncer é descrita como capaz de estimular o sistema imunológico e aumentar a atividade das células natural killer e células T helper, atuando na redução do crescimento tumoral e na metástase (NOVAES & LIMA, 1999).

CONCLUSÃO

Os cogumelos medicinais de forma especial o *Agaricus blazei* tem sido relatado em várias pesquisas realizadas *in vintro* e/ou *in vivo*, utilizando cobaias e pesquisas clínicas com humanos portadores de câncer de mama.

O uso do cogumelo em forma de suplementação como terapia adjuvante no tratamento do câncer de mama tem revelado resultados considerados promissores, mesmo que seus mecanismos não sejam ainda totalmente elucidados, porém inegável os benefícios clínicos destes fungos que até aqui encontrados, sejam por atuar em diferentes formas no combate ao câncer, seja por ajudar a minimizar os efeitos adversos da quimioterapia.

Em resumo todos os experimentos encontraram forte evidencia que demonstram que as propriedades do *Agaricus blazei* possui efeitos antitumoral com baixa ou nenhuma toxicidade, e com base em todas essas informações observa-se que o cogumelo é capaz de interferir na carcinogênese em todas as etapas do ciclo da doença, constituindo assim uma promissora terapia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMAZONAS, M. **Importância do uso de cogumelos: aspectos nutricionais e medicinais.** Embrapa: Recursos Genéticos e Biotecnológicos; P.143-61, 2002.

CARVALHO; et al. **The effects of dietary supplementation with Agaricales mushrooms and other medicinal fungi on breast cancer: evidence-based medicine.** Universidade de Brasília, School of Medicine, Institute of Health Science (ESCS), Brasília, 2010.

COELHO, G.D; SILVA, R.R. **Fungos: Principais grupos e aplicações biotecnológicas.** Instituto de Botânica de São Paulo: out, 2006.

DE SOUZA, B. M**. Os Efeitos Terapêuticos de Agaricus blazei para a saúde humana.** Centro Universitário de Brasília. Brasília, 2001. Disponivel em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama+.> Acesso em 10 de ago. 2018.

FONTES, R.C; NOVAES, M.R.M.G. Efeitos da suplementação dietética com cogumelos Agaricales e outros fungos medicinais na terapia contra o câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia.** V 52. N 4, 2006.

FURLANI, R.P.Z; GODOY, H.T. Valor Nutricional de Cogumelos Comestíveis. **Revista Ciência e Tecnologia de Alimentos.** V 27. N1. jan-marc, 2007.

GODFREY; et al. The effects of glucan on human imune and cancer cells. **Journal of Hematolgy & Oncology.** 2:25. doi:10.1186/1756-8722-2-25, 2009.

JUNQUEIRA, L.C.U; CARNEIRO, J. **Biologia Celular e Molecular**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

KUMAR.V; STRICKER.T.P. Neoplasia. In KUMAR, V.et al. Robbins & Contran. **Patologia Bases Patológicas das Doenças.** Rio de Janeiro: Elselvier, 2010.

KUO; et al. Cell cycle progression and cytokine gene expression. Of human peripheral blood monocluear cells modulated by Agaricus blazei. **J lab clin med.** 140(3): 176-87, 2002.

LEE; et al Lack of carcinogenicity of lyophilized Agaricus blazei Murril in a F344 rat two year bioassay, **Food and Chemical Toxicology,** in press, 2008.

LESTER, S.C. A Mama. In KUMAR,V.et al. Robbins & Contran. **Patologia Bases Patológicas das Doenças**. Rio de Janeiro: Elselvier, 2010.

MARZZOCO. A; Torres, B.B. **Bioquímica Básica**.3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

MIZUNO, M; MORIMOTO, M. **Polysaccharideos from Agaricus blazei stimulate lymphocyte t-cells subsets in mice.** Bioscience. Biotechnology and biochemistry, v 62, p 434 – 437, 1998.

NARGOCEN; et al. U. **Natural t-cell imunity** against **cancer.** Clinical Cancer Research, 9(1): 4296 – 4303, 2003.

NOVAES; et al. **Alterations on the metabolismo of lipids in post surgery patients with colorectal cancer supplemetend with fungus Agaricus sylvaticus.** Clinical Nutrition. 24(4): 672, 2005.

NOVAES, M.R.C.G; FORTES, R.C. Efeitos antitumorais de cogumelos comestíveis da família agaricaceae. **Nutrição Brasil,** julho/agosto,2005.

NOVAES, M.R.C.G; NOVAES, L.C.G. Fármaco-nutrientes em cogumelos comestíveis agaricales e outros basidiomicetos. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica.** 20(3): 181-187, 2005.

NOVAES, M.R.C.G; LIMA, A.B.M. Efeitos da suplementação dietética com L-arginina no paciente oncológico. **Revista latino-americana de nutrição.** 49(4): 301-308, 1999.

OLIVEIRA, E. C.M. et al. **Composição centesimal do cogumelo do sol (Agaricus blazei).** Simpósio Latino Americano de Ciência dos Alimentos.Campinas,1999.

RICE; et al. Pharmacokinects of fungal (1-3) beta- glucans following intravenous administration in rats. **International Imunopharmacology.** 4:1209-1215, 2004

ROBERFROID, M. B. **Prebiotics and probiotics: are they functional foods?** Am J Clin Nutr. Jun;71(6 Suppl):1682S-7S, 2000.

SEE; et al. Increased tumor necrosis fator alpha (TNF – alpha) and natural killer cell function using and integrative approach in late stage cancers. **Imunol invest.** V. 32, p 137-153. Mai, 2002.

TALORETE; et al. Agaricus blazei (class basidiomycotina) aqueous extract enhances the expression of protein in MCF – 7 cells. **Journal Agricola.** 50(18): 5162-5166, 2002.

TAKESHI; et al. O Isolation of anantitumor compound from Agaricus blazei Murril and its mechanism of action. **Jornaul de Nutrition.** 1409-1413, 2001.

VETVICKA; et al J. Immunological effects of yeast and mushroom derived beta-glucans. **J. med food.** 11(4): 615-622, 2008.

WILLMENT; et al. J.A; Gordon, G.D. Characterization of the human P- glucan receptor and its alternatively spliced isoforms. **The journal of biological chemistry.** (47)276: 43818 – 43823, 2001

SOBRE OS AUTORES:

BIZARRI, Gabriela A.
Possui graduação em Farmácia pelo Centro Universitário de Jaguariúna (Unifaj)
Email: gabrielabizarri@gmail.com

FERNANDES, Jefferson W.
Possui graduação em Farmácia pelo Centro Universitário de Jaguariúna (Unifaj)
Email: jefferson9767@gmail.com

FRIZO, Patrícia F.
Possui graduação em Farmácia pelo Centro Universitário de Jaguariúna (Unifaj)
Email: patyfrizo@gmail.com

HAKIME-SILVA, Ricardo A.
Possui graduação em Farmácia pelo Fundação Educacional de Fernandópolis (FEF), mestrado em Biotecnologia pela Universidade Estadual Paulista – Instituto de Química (IQ-Unesp) e doutorado em Biociências e Biotecnologia pela Universidade Estadual Paulista – Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara (FCFAR-Unesp). Docente universitário no Centro Universitário de Jaguariúna (Unifaj) e Centro Universitário Max Planck (Unimax).
Email: hakimesilva@gmail.com

REVISÃO DE LITERATURA: CAUSAS DA GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Literature review: causes of teenage pregnancy

CARNEIRO, Thais Maldonado
Centro Universitário de Jaguariúna

SILVEIRA, Carla
Centro Universitário de Jaguariúna

RESUMO: Nas últimas décadas, o número de adolescentes no mundo cresceu. Há 1,2 bilhões de adolescentes entre 10 e 19 anos. A estimativa é de 68,4 nascimentos para cada 1.000 adolescentes. A porcentagem da gravidez na adolescência teve um declínio de 17% no Brasil, entre mães de 10 a 19 anos. A região que se destaca em gestação nesta faixa etária é o Nordeste, com 32% dos casos e atualmente 66% dos casos são indesejados. O conceito adolescência está variado em diferentes definições, visando que a faixa etária é de 10 a 19 anos. Segundo alguns autores a adolescência é uma fase que marca a transição entre a infância e a vida adulta, caracterizada por mudanças e alterações físicas, mentais e sociais. Esta é uma revisão integrativa da literatura que utilizou artigos na língua portuguesa, consultados na SciELO e Lilac's no período de 2013 a 2017, utilizando os descritores gravidez na adolescência, adolescente e orientação sexual. Constatou-se também problemas familiares da jovem levando a desestruturação do lar, surgindo o desejo de a jovem engravidar para de sair de casa. Sugere-se o trabalhar do planejamento familiar antes de uma gestação precoce e não a prevenção após a adolescente engravidar.

Palavras-Chaves: Gravidez na Adolescência; Adolescente; Orientação sexual.

Abstract: In recente decades, the number of teenagers in te world has grown. There are 1.2 billion teenagers between 10 and 19 years old. The estimate is 68.4 births per 1,000 adolescents The percentage of teenage pregnancies declined by 17% in Brazil, among mothers aged 10-19. The region that stands out in pregnancy in this age group is the Northeast, with 32% of cases and currently 66% of case are unwanted. The concept adolescence is varied in different definitions aiming at the age range of 10 to 19 years. According to some authors, adolescence is a phase that marks the transition between chilhood and adulthood characterized by changes and physical, mental and social changes. This is na integrative Literature review that used articles in the Portuguese language, consulted at SciELO and Lilac's from 2013 to 2017, using the descriptors adolescent pregnancy, adolescent and sexual orientation. It was also found family problems of the young leading to the disruption of the home, arising the desire of the young to get pregnant to leave home. It is suggested the wor of family planning before na early pregnancy and not prevention after the adolescent becomes pregnant.

Keywords: Teenage Pregnancy; Adolescent; Sexual orientation.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o número de adolescentes no mundo tem crescido. Há mais de 1,2 bilhões de adolescentes na faixa etária entre 10 e 19 anos (UNICEF, 2011). Segundo a UNICEF (2015), no Brasil o número de adolescentes chega a 59,7 milhões até aos 18 anos de idade.

A taxa mundial de gravidez na adolescência é de 46 nascimentos para cada 1.000 meninas e no Brasil a estimativa é de 68,4 nascimentos para cada 1.000 adolescentes (ONUBR, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde, a porcentagem da gravidez na adolescência teve um declínio de 17% no Brasil, entre mães de 10 a 19 anos de idade. A região que mais se destaca em gestação nesta faixa etária é o Nordeste, com 32% dos casos. Atualmente 66% das gestações são indesejadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O conceito adolescência está variado em diferentes definições. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) visa que a faixa etária é de 10 a 19 anos de idade e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 2017) relata que a faixa etária está entre 12 a 18 anos. Há autores que falam que a adolescência é uma fase que marca a transição entre a infância e a vida adulta, caracterizada por mudanças e alterações físicas, mentais e sociais (ROVERATTI, 2014).

Neste período entre 10 a 19 anos em que ocorrem a adolescência existe um processo que surge as curiosidades, as alterações hormonais, os questionamentos, o interesse pela sexualidade. Nesta descoberta sexual há uma turbulência de sentimentos com um entusiasmo dominador capaz de explorar o novo. Aparecem caminhos diferentes onde existem riscos de possíveis Infecção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (IST'S), o uso de álcool e drogas e até mesmo uma possível gravidez na adolescência (VELOSO, MONTEIRO, 2013; MOURA, GOMES, 2014; AZEVEDO, et al, 2015; ALVES, et al. 2014).

Na adolescência o corpo não está preparado para uma gestação principalmente entre os 10 e 19 anos de idade, que ocorrem as transformações corporais (ALBUQUERUE, 2017). Os jovens nesta idade são imaturos, pois no processo de ingressar na vida adulta tomam suas próprias decisões, podendo ocorrer conflitos na família, gerando desestruturas (ALVES, et al. 2014).

Para JORGE (et al. 2014) a maioria das jovens gestantes não tem condições financeiras, abandonam a escola devido a gestação precoce, podendo haver a demora na entrada no mercado de trabalho e esses fatores acarretam em uma vida limitada.

Há casos que as gestações anteriores já tenham acontecido principalmente em jovens que não teve nenhum apoio e orientações. A ausência do mesmo acarreta em alterações psicológicas, gerando um vínculo inadequado entre a mãe e o bebê (JORGE, et al. 2014).

O apoio do parceiro e dos familiares é essencial durante a gravidez, parto e maternidade, as adolescentes demandam de uma maior atenção, pois é um período complexo de transformações e experiências (SANTOS, et al. 2014).

O impacto gerado de uma adolescente gestante é visto como se seu futuro fosse interrompido. A família muita das vezes sugere o aborto, sendo uma forma simples de ter sua vida adolescente novamente, sem preocupações necessárias com esta nova fase (MARANHÃO, et al. 2016).

A gravidez na adolescência corresponde a principal causa de morte na faixa etária de 15 a 19 anos. As consequências neste processo têm como o nascimento prematuro do bebê, baixo peso ao nascer e ir a óbito por problemas de infecção (SILVA, et al. 2013).

A repetição da gestação gera consequências devido à ausência de planejamento familiar. Dentre elas, o futuro dessas jovens é afetado, estando sujeita a pular a fase da adolescência, para desenvolver a vida adulta. Este processo gera um sentimento de incapacidade de atuar como mãe, pelas dificuldades encontradas neste período (SILVA, et al. 2013; ALBUQUERQUE, et al. 2017).

Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura a respeito da causa da gestação na adolescência.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com levantamento de artigos nas bases de Dados Scientific Electronic Library Online - Scielo e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Lilac's.

De acordo com a tabela 01 abaixo, para o critério de inclusão foi utilizado artigos publicados nos últimos 5 anos na Língua Portuguesa utilizando os

descritores: prevalência e gravidez na adolescência. Foram encontrados 5 artigos iguais em ambas as bases, portanto foi utilizado apenas uma das bases.

Para o critério de exclusão artigos de outras línguas como: espanhol e inglês e artigos que não falassem a respeito do assunto.

Na base de dados Lilac's encontramos 3.726 artigos com o descritor gravidez na adolescência, refinado junto com o descritor prevalência, isso fez com que reduzisse para 749 artigos, realizei outro refinamento para o período de 2013 a 2017, encontrado 206 artigos, refinei para a Língua Portuguesa e foram encontrados 114 artigos.

Na base de dados Scielo foi refinado quatro vezes: primeira com descritor gravidez na adolescência com 485 artigos, segunda com os descritores gravidez na adolescência e prevalência apresentando 51 artigos, terceira para os anos de publicação de 2013 a 2017 resultando 15 artigos, quarta para a Língua Portuguesa encontrado 13 artigos.

Foram descartados de ambas as bases 115 artigos, pois não atendiam os critérios de inclusão com os descritores utilizados.

Utilizados 12 artigos nas bases de Dados Scielo e Lilac's.

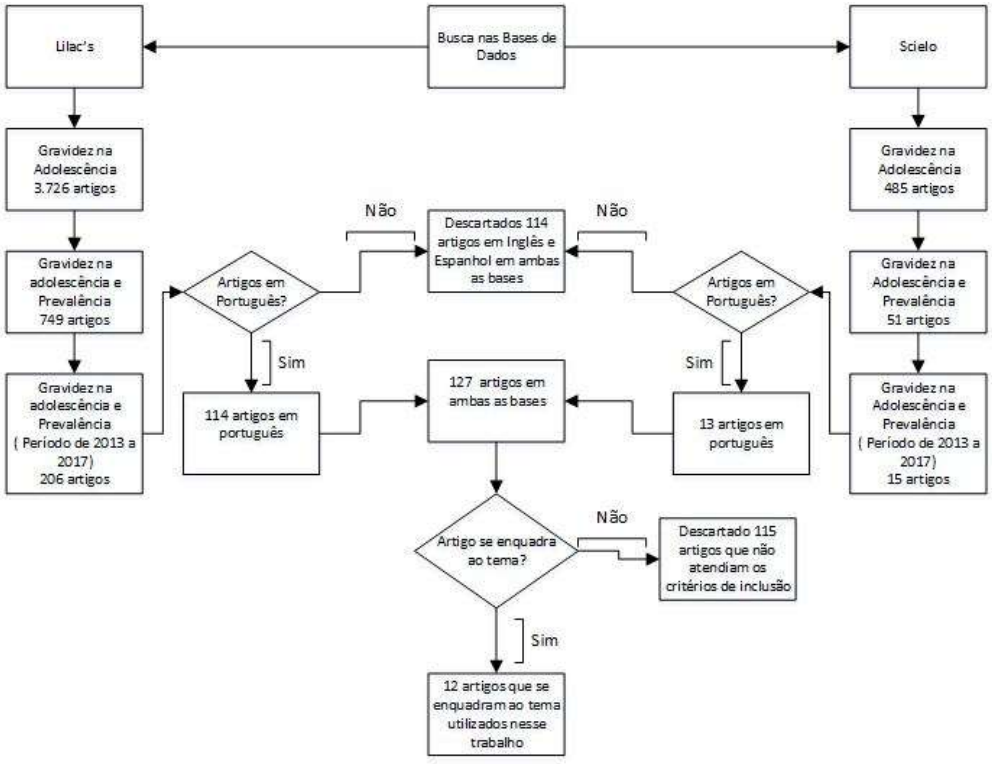


Tabela 01: Fluxograma de critérios para definição dos artigos nas bases de Dados Scielo e Lilac's a respeito das Causas da Gestação na Adolescência.

DISCUSSÃO

Distribuição das publicações sobre a Revisão de Literatura: Causas da Gestação na Adolescência, segundo as bases de dados, o ano de publicação, autores e títulos.

ANO	AUTOR	TÍTULO
2013	Ana Caroline Araújo Silva; Magna Santos Andrade; Rudval Souza da Silva; Taiana Jambeiro Evangelista; Isaiane Santos Bittencourt; Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão	FATORES DE RISCO QUE CONTRIBUEM PARA A OCORRÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA
2013	Lorena Uchôa Portela Veloso; Claudete Ferreira de Souza Monteiro	PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO DE ÁLCOOL EM ADOLESCENTES GRÁVIDAS
2013	Camilla Cristian Feitosa Lelis; Arleciane Emilia de Azevêdo Borges; Luciana Moura Mendes; Suellen Mary Marinho dos Santos Andrade; Sandra Maria Cordeiro Rocha de Carvalho; Maria do Socorro Nunes Gadelha; Eliane Araújo de Oliveira	ASPECTOS BIOPSICOSSOCIAIS DE PUÉRPERAS ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA, PARAÍBA, BRASIL
2014	Micheli Scolari Rossetto; Lígia Braun Schermann; Jorge Umberto Béria	MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA: INDICADORES EMOCIONAIS NEGATIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM MÃES DE 14 A 16 ANOS EM PORTO ALEGRE, RS, BRASIL
2014	Maria Helena Prado de Mello Jorge; Ruy Laurenti; Sabina Léa Davidson Gotlieb; Bruno Zoca de Oliveira; Elaine Cristina Pimentel	CARACTERÍSTICAS DAS GESTAÇÕES DE ADOLESCENTES INTERNADAS EM MATERNIDADES DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2011
2014	Eliana Valéria Gomes Alves; Kátia Ferreira Costa Campos; Túlio Gonçalves da Fonseca; Alisson Araújo	ESTUDO DOS ANTECEDENTES PERINATAIS DE MÃES ADOLESCENTES EM BUENÓPOLIS/MINAS GERAIS

2014	Nilma Lázara de Almeida Cruz Santos; Maria Conceição Oliveira Costa; Magali Teresópolis Reis Amaral; Graciete Oliveira Vieira; Eloisa Barreto Bacelar; André Henrique do Vale de Almeida.	GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ANÁLISE DE FATORES DE RISCO PARA BAIXO PESO, PREMATURIDADE E CESARIANA
2015	Walter Fernandes de Azevedo; Michele Baffi Diniz; Eduardo Sérgio Valério Borges da Fonseca; Lícia Maria Ricarte de Azevedo; Carla Braz Evangelista	COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA
2015	Inez Sampaio Nery; Keila Rejane Oliveira Gomes; Idna de Carvalho Barros; Ivanilda Sepúlveda Gomes; Ana Catharina Nunes Fernandes; Lívia Maria Mello Viana	FATORES ASSOCIADOS Á REINCIDÊNCIA DE GRAVIDEZ APÓS GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA NO PIAUÍ, BRASIL
2016	Thatiana Araújo Maranhão; Keila Rejane Oliveira Gomes; Idna de Carvalho Barros	FATORES PREDITORES DO ABORTAMENTO ENTRE JOVENS COM EXPERIÊNCIA OBSTÉTRICA
2017	Ana Paula dos Santos Albuquerque; Ana Carolina Rodarti Pitangui; Poliana Maria Gaspar Rodrigues; Rodrigo Cappato de Araújo	PREVALÊNCIA DA GRAVIDEZ DE REPETIÇÃO RÁPIDA E FATORES ASSOCIADOS EM ADOLESCENTES DE CARUARU, PERNAMBUCO

Tabela 02: Autores e títulos estudados.

Em todos os artigos lidos há referência da problemática na vida das jovens sobre a gestação na adolescência. Segundo ALVES (et al. 2014), ROSSETTO (et al. 2014), referem uma idade precoce em relações sexuais, na faixa etária dos 13 a 14 anos de idade. SILVA (et al. 2013) relata a primeira relação aos 13 anos, com a gestação aos 14 anos em estudo realizado no Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul, com os dados colhidos no Ceará a primeira relação sexual está entre 14 e 16 anos, não relatando a gestação.

Na maioria dos artigos foi relatado sobre a baixa escolaridade das jovens e até mesmo o abandono escolar, devido as responsabilidades adquiridas após a descoberta da gestação na adolescência. Segundo ROSSETTO (et al. 2014), NERY (et al. 2015), MARANHÃO (et al. 2016), ALBUQUERQUE (et al. 2017) relataram sobre a repetência escolar e a não adequação da idade-série entre as adolescentes gestantes.

Nos estudos realizados por VELOSO (et al. 2013) e JORGE (et al. 2014) encontraram relatos de adolescentes grávidas que praticavam o uso do álcool devido a influência de amigos, por não ter companheiro e assim aumentando as chances de complicações.

VELOSO (et al. 2013) aponta o efeito que pode causar no feto devido ao uso excessivo do álcool, como a Síndrome Fetal Alcóolica (SAF). Conforme ALVES (et al. 2014), SANTOS (et al. 2013), AZEVEDO (et al. 2015) e MARANHÃO (et al. 2016) indicam que as complicações pelo uso do álcool e drogas pode desenvolver o nascimento prematuro do RN, Baixo Peso ao Nascer (BPN), complicações na gestação e a mortalidade materna.

Na pesquisa realizada por AZEVEDO (et al. 2015) e MARANHÃO (et al. 2016) constataram que as jovens vindas principalmente de escolas públicas, quando anunciavam a gravidez e o medo da reação dos familiares era influenciada pelo parceiro e os amigos a realizar o aborto. Nos casos que os familiares descobriam, pressionavam a adolescente a abortar.

SILVA (et al. 2013) apontou o uso contínuo do álcool pelos familiares da jovem levando a um ambiente desestruturado e hostil, influenciando no desenvolvimento de repercussões psicológicas, surgindo o desejo da jovem engravidar para sair de casa.

VELOSO (et al. 2013), ALVES (et a. 2014) e SANTOS (et al. 2013) encontraram nos estudos que a maioria das jovens gestantes são solteiras e não tem renda própria. SILVA (et al. 2013), MOURA (et al. 2013), NERY (et al. 2015) e LELIS (et al.2013) diferem sobre as gestantes adolescentes serem casadas ou tem uma união estável. Essas jovens desempregadas vivem dependentes de seus pais e parceiro, com renda de até um salário mínimo (VELOSO, et al 2013; AZEVEDO, et al. 2015; NERY, et al. 2015; MARANHÃO, et al. 2016).

ROSSETTO (et al. 2014) e LELLIS (et al. 2013) perceberam que o apoio familiar é importante para uma gestação saudável da adolescente, e que o parceiro também deve participar deste processo acompanhando em todas as etapas dessa fase.

CONCLUSÃO

De acordo com a pesquisa realizada, os autores apontaram alguns fatores que levaram a adolescente a uma gravidez precoce. A principal causa

relatada indica a falta de orientação sexual e desestruturação familiar. SILVA, apontou o uso de álcool entre os familiares da adolescente, que por sua vez desejou a gravidez para sair de casa. Como sugestão para mitigar o índice de gravidez precoce, os profissionais da área da saúde poderiam ter um olhar diferenciado, trabalhando com um programa para orientar as adolescentes e a os familiares sobre a prevenção de gravidez, dessa forma é possível construir obstáculos para diminuir o índice de gravidez nessa faixa etária. E auxiliar as adolescentes a e evitar uma gestação indesejada.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. P. S., PITANGUI A. C. R., RODRIGUES P. M. G., & ARAÚJO, R. C., **Prevalência da gravidez de repetição rápida e fatores associados em adolescentes de Caruaru, Pernambuco.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v.17 n.2. p. 347-354, abr/jun. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000200347&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 12 Jul. 2018.

ALVES, E. V. G., CAMPOS, K. F. C., FONSECA T. G., & ARAÚJO, A. **Estudo dos Antecedentes Perinatais de mães adolescentes em Buenópolis/Minas Gerais**. Revista de Enfermagem Centro-Oeste Minas, v.4 n.3. p.1300-1309, set/dez. 2014. Disponível em <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/771> . Acesso em: 07 Jul.2018.

AZEVEDO, W. F., DINIZ, M. B., FONSECA, S. V. B., AZEVEDO, L. M. R., & EVANGELISTA, C. B. **Complicações da Gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura**. Einstein (São Paulo), v.13 n.4 p.618-626, out/dez. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000400618&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> . Acesso em: 11 Jul.2018.

JORGE, M. H., GOTILEB, S. L., OLIVEIRA, B.Z., & PIMENTEL, E. C. **Características das Gestações de Adolescentes internadas em Maternidades do Estado de São Paulo, 2011**. Epidemiologia e Serviço de Saúde, v.23 n.2, p.305-316, jun. 2014. Disponível em <https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000200305&lng=pt&tlng=pt> . Acesso em: 02 Jul.2018.

LELIS, C. C., BORGES, E. A., MENDES M.L., ANDRADE, M. S., GADELHA, D. M., & OLIVEIRA, A. E. **Aspectos Biopsicossociais de puérperas Adolescentes no Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil**. Revista Brasileira de Ciências e Saúde, v.17 n.4. p. 319-326, 2013. Disponível em <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=101&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=6&filter%5Bdb%5D%5B%5D=LILACS&filter%5Bla%5D%5B%5D=pt&filter%5Byear_cluster%5D%5B%5D=2013&filter%5Byear_cluster%5D%5B%5D=2014&filter%5Byear_cluster%5D%5B%5D=2016&filter%5Byear_cluster%5D%5B%5D=2015&filter%5Byear_cluster%5D%5B%5D=2017&q=gravidez+na+adolesc%C3%AAncia+e+preval%C3%AAncia&index=tw> . Acesso em: 02 Jul.2018.

MARANHÃO, T. A., GOMES, K. R. O., BARROS, I. C. **Fatores preditores do abortamento entre jovens com experiência obstétrica**. Revista Brasileira de

Epidemiologia, v.19. n.3. p. 494-508, jul/set. 2016. Disponível em <https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000300494> . Acessado em: 05 Jul.2018.

MOURA, L. N. B., & GOMES, K. R. O., (mar de 2014). **Planejamento Familiar: uso do serviço de saúde por jovens com experiência de gravidez**. Ciências e Saúde coletiva, 19(3): 853-863. Disponível em <https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300853> . Acesso em: 09 Jul.2018.

NERY, I. S., GOMES, K. R. O., BARROS, I. C., GOMES, I. S., FERNANDES, A. C. N., & VIANA, L. M. M. **Fatores associados à reincidência de gravidez após gestação na adolescência do Piauí, Brasil**. Epidemiologia e Serviço de Saúde, v.24. n.2. p. 671-680, out/dez. 2015. Disponível em <https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000400671> . Acesso em: 10 Jul.2018.

ROSSETTO, M. S., SCHERMANN, L. B., & BÉRIA, J.U. **Maternidade na adolescência: indicadores emocionais negativos e fatores associados em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil**. Ciências e Saúde coletiva, v.19. n.10. p. 4235-4246, out. 2014. Disponível em <https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001004235> . Acesso em: 13 Jul.2018.

SANTOS, N. L. A. C., COSTA, M. C. O., AMARAL, M. T. R., VIEIRA, G. O., Bacelar, E. B., & Almeida, A. H. V. **Gravidez na Adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana**. Ciências e Saúde coletiva, v.19. n.3. p.719-726, mar. 2014. Disponível em <https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300719> . Acesso em: 13 Jul.2018.

SILVA, A. C. A., ANDRADE, M. S., SILVA R. S., EVANGELISTA, T. J., BITTENCOURT, I. S. & PAIXÃO, G. P. N. **Fatores de risco que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência: revisão integrativa da literatura**. Revista CUIDARTE, v.4. n.1. p. 531-539, jan. 2013. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732013000100014&lang=pt> . Acessado em: 16 Jul.2018.

VELOSO, L. U. P., & MONTEIRO C. F. S. **Prevalência e Fatores associados ao uso de álcool em adolescentes grávidas**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.21. n.1. p. 433-441, fev. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100020&lng=pt&tlng=pt> . Acesso em: 12 Jul.2018.

ROVERATTI, D. **Guia da Sexualidade**. Reedição ampliada e ilustrada. São Paulo: Daikoku, 2014. Pág. 284.

BRASIL. **Organização Mundial de Saúde** (2009). Disponível em <https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf> .Acessado em: 23 Jul. 2018.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. ECA, 2017. Disponível em <https://www.chegadetrabalhoinfantil.org.br/wp-content/uploads/2017/06/LivroECA_2017_v05_INTERNET.pdf> . Acessado em: 24 Jul.2018.

_____. Ministério da Saúde. **Gravidez na Adolescência tem queda de 17% no Brasil**. 2017. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28317-gravidez-na-adolescencia-tem-queda-de-17-no-brasil>. Acessado em: 09 Nov.2018.

BRASIL. **Brasil tem sétima maior taxa de gravidez adolescente da América do Sul**. ONUBRASIL, 2017. Nações Unidas no Brasil. Disponível em <https://nacoesunidas.org/brasil-tem-setima-maior-taxa-de-gravidez-adolescente-da-america-do-sul/>. Acessado em: 09 Nov.2018.

BRASIL. **Situação Mundial da Infância, 2011**. Adolescência uma fase de oportunidades, UNICEF, 2011. Pág. 2. Capítulo 1. A nova Geração. Disponível em <https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf>.Acessado em: 10 Nov.2018.

BRASIL. **ECA 25 anos**. Avanços e desafios para a infância e a adolescência no Brasil. UNICEF, 2015. Págs. 10,11. Disponível em <https://www.unicef.org/brazil/pt/ECA25anosUNICEF.pdf>. Acessado em: 10 Nov. 2018.

BRASIL. **Taxa de gravidez adolescente no Brasil está acima da média latino-americana e caribenha**. ONUBR, 2018. Disponível em <https://nacoesunidas.org/taxa-de-gravidez-adolescente-no-brasil-esta-acima-da-media-latino-americana-e-caribenha/>. Acessado em: 11 Nov. 2018.

SOBRE OS AUTORES

UNIFAJ/ Enfermeira Thaís Maldonado Carneiro/ maldonado.enf@gmail.com

UNIFAJ/ Professora Doutora Carla Silveira/ carsilve@gmail.com

O PAPEL DA DIETA MEDITERRÂNEA NO CONTROLE DA ARTRITE REUMATOIDE – UMA REVISÃO

The role of the Mediterranean diet in the control of rheumatoid arthritis - a review

ALMEIDA, Franciély Nunes de
Centro Universitário Unimax

GROGO, Luis Ricardo
Centro Universitário Unimax

MENEGASSI, Ana Heloisa Aguilar
Centro Universitário Unimax

OLIVEIRA, Maira Roberta Rodrigues de
Centro Universitário Unimax

AGUIAR, Ana Celia Meirelles Tassinari Amaral Gurgel Dias de
Centro Universitário Unimax

RESUMO: O papel da dieta e dos alimentos na saúde já está bastante documentado na literatura, tanto para a manutenção desta, como para o controle de sintomas de diversas patologias. A Dieta Mediterrânea, com consumo elevado de frutas, hortaliças, cereais integrais, leguminosas, oleaginosas, peixes e azeite de oliva, alimentos com grande potencial na modulação de processos oxidativos degenerativos de estruturas celulares, vem sendo utilizada para auxiliar no controle dos sintomas de doenças como a Artrite Reumatoide -AR, uma doença autoimune que apresenta inflamação crônica das estruturas articulares e impede o portador, muitas vezes, de manter sua rotina diária. Nesta revisão, verificou-se que indivíduos com AR que aderiram a um padrão alimentar mediterrâneo apresentaram melhorias na rigidez matinal e na dor, além de redução da atividade da doença.

Palavras-Chaves: Artrite Reumatoide; Dieta Mediterrânea; Terapia Nutricional.

Abstract: The role of diet and food in health is already well documented in the literature, both for the maintenance of this and for the control of symptoms of various pathologies. The Mediterranean diet, with high consumption of fruits, vegetables, whole grains, legumes, oilseeds, fish and olive oil, foods with great potential in the modulation of degenerative oxidative processes of cellular structures, has been used to help control the symptoms of diseases such as rheumatoid arthritis, an autoimmune disease that presents chronic inflammation of joint structures and often prevents the wearer from maintaining their daily routine. In this review, it was verified that individuals with RA who adhered to a Mediterranean dietary pattern showed improvements in morning stiffness and pain, as well as a reduction in disease activity.

Keywords: Rheumatoid Arthritis; Mediterranean Diet; Nutritional Therapy

INTRODUÇÃO

A Artrite Reumatoide - AR - é uma doença inflamatória autoimune progressiva, com elevação das concentrações plasmáticas de citocinas pró-inflamatórias - IL-6, IL-β e TNF-α - que causam destruição gradativa das articulações, cartilagem e osso, com danos articulares e sistêmicos em pequenas e grandes articulações associados a manifestações sistêmicas como rigidez matinal e fadiga, podendo causar deformidades irreversíveis provocando limitações funcionais além de uma maior predisposição para doenças cardiovasculares e osteoporose (PINHEIRO, 2015).

A prevalência mundial da AR é estimada em 0,5 a 1% da população, maior incidência entre 30 e 50 anos, podendo chegar a 5% dependendo do grupo e da faixa etária. Em relação ao sexo, sabe-se que a AR afeta três vezes mais mulheres do que homens e alguns estudos têm relacionado o sexo feminino com o desenvolvimento de formas mais graves da doença e. No Brasil a prevalência varia de 0,2% a 1% da população (GOELDNER, 2011).

No tratamento as terapias medicamentosas incluem drogas anti-inflamatórias não hormonais (AINH), glicocorticoides e Drogas antirreumáticas Modificadoras do Curso da Doença (DMCD), que auxiliam na redução dos sintomas, não havendo, porém, medicamentos com potencial de cura da doença. Outras drogas vêm sendo estudadas, mas ainda não estão disponíveis no mercado (GOELDNER, 2011).

Outra modalidade de controle dos sintomas da doença é a adoção de mudanças na alimentação. Indivíduos com AR, que aderiram a um padrão alimentar mediterrâneo, apresentaram melhorias na rigidez matinal e na dor, além de redução da atividade da doença. A Dieta Mediterrânea preza, principalmente, por uma alimentação rica em grãos integrais, oleaginosas, legumes, frutas, verduras, azeite de oliva e peixes. Prevê ainda, uma baixa ingestão em produtos industrializados, carnes vermelhas, sódio e açúcar (PINHEIRO, 2015).

Frente a este cenário o objetivo deste estudo é analisar a influência da Dieta Mediterrânea no controle dos sintomas da AR.

METODOLOGIA

Revisão da literatura, nos idiomas inglês, português e espanhol, tendo-se como critério de exclusão artigos sobre o tema publicados em período anterior a 31 de dezembro de 2006 em revistas científicas indexadas nas bases de dados Scielo, Pubmed e Google Acadêmico, além de sites de organizações e sociedades especialistas no tema, tendo como descritores os termos: Artrite Reumatoide; Dieta Mediterrânea; Terapia Nutricional, sendo as referências em duplicidade, excluídas.

DESENVOLVIMENTO

AR e inflamação

Na AR os adipócitos são gatilhos para infiltração de células imunológicas, como os macrófagos, que geram respostas inflamatórias por induzirem a expressão gênica de citocinas, como IL6 (Interleucina 6), NF-kB (Fator Nuclear Kappa B) e TNF-alfa (Fator de Necrose Tumoral), que interferem nas funções de todos os órgãos do corpo. Esta inflamação sistêmica aumenta o risco de diversas doenças crônicas não transmissíveis, entre elas a AR (JEREISSATI, 2015).

As prostaglandinas PGE2 e os leucotrienos LTB4 são os mediadores que possuem o maior potencial pró-inflamatório. A PGE2 induz à febre, promove vasodilatação, aumenta a permeabilidade vascular e potencializa a dor e o edema causados por outros agentes, como bradicinina e histamina. Por outro lado, a PGE2 inibe a produção do TNFα e IL1, apresentando, nesse aspecto, característica anti-inflamatória. Tem potencial imunossupressor, inibindo a proliferação de linfócitos, a atividade das células Natural Killer (NK) e a produção de IL2 e Interferon IFN-y (COSTA et al., 2011).

Apesar da etiologia da doença não ser inteiramente conhecida, muito se tem avançado nos últimos anos, inclusive, com a identificação do Antígeno Leucocitário Humano (*Human Leukocyte Antigen* - HLA), considerado o principal fator genético no desenvolvimento da AR. Diversos alelos de HLA-DRB1 vêm sendo associados a AR em populações variadas. Em estudo brasileiro realizado com pacientes, os principais fatores de risco para o desenvolvimento de AR foram a presença dos alelos HLA-DRB1 e a detecção de anticorpos contra peptídeos citrulinados cíclicos (anti-CCP). Além disso, apontam fatores

ambientais que, conjuntamente com a predisposição genética, contribuem para o surgimento da doença, tais como tabagismo e infecções periodontais (COSTA et al., 2011).

SINTOMAS E TRATAMENTOS DA AR

Os sintomas mais comuns na AR são edema, dor, calor e rubor nas articulações sinoviais periféricas, as mais afetadas, com maior frequência em mãos e pés, podendo afetar, também, joelhos, ombros, cotovelos e quadris. As articulações como a temporomandibular, da coluna e da laringe podem ser afetadas, porém, com menor frequência. Além dos sintomas articulares, podem ocorrer manifestações extra-articulares como a síndrome de Sjögren- a mais comum - e nódulos reumatoides (GOELDNER, 2011).

Costa (2011) complementa afirmando que em relação às manifestações da patologia, a rigidez matinal pode ser a manifestação inicial da AR, além de fadiga, astenia, febre, mialgia, edema articular com dor a palpação e duração maior que seis semanas.

Diagnosticar e tratar precocemente a AR é de extrema importância, para que a inflamação que caracteriza a doença seja cessada o mais rápido possível e, para tanto, um exame histopatológico, que permite conhecer a natureza da lesão e é considerado o mais preciso para a patologia, deve receber auxílio de achados clínicos obtidos através de radiografia convencional, ultrassonografia e ressonância magnética para avaliação de dano estrutural e exames complementares, como Velocidade de Hemossedimentação (VHS) e dosagem da Proteína C - Reativa (PCR) (MOTA, 2010).

Assim sendo, os objetivos principais do tratamento do paciente com AR devem ser, em primeiro lugar a prevenção e não sendo possível, controle da lesão articular, da perda de função e diminuição da dor, buscando maximizar a qualidade de vida do indivíduo, já que a remissão completa da patologia nem sempre é alcançada, devendo ser o tratamento considerado um processo dinâmico e constantemente reavaliado, conforme sua evolução. Em relação aos tratamentos, atualmente, há possibilidades que incluem os medicamentosos e os não medicamentosos, este últimos envolvendo fisioterapia e terapia ocupacional para que o paciente possa continuar a exercer as atividades

cotidianas. Já no tratamento medicamentoso (figura 1) tem-se os AINH e as DMCD como Metotrexato, Abatacepte, Rituximabe e Tocilizumabe, que, apesar de não proporcionarem a cura da doença, auxiliam no controle da dor e do processo inflamatório articular. Quando nenhuma das medidas clínicas e fisioterápicas conseguem alcançar resultados positivos na remissão da doença, o tratamento cirúrgico deve ser pensado, a fim de não aguardar comprometimento de várias articulações, comprometendo, ainda mais, a qualidade de vida do paciente. As decisões quanto ao planejamento terapêutico devem ser sempre acompanhadas pelo médico responsável da área. (COSTA et al., 2011).

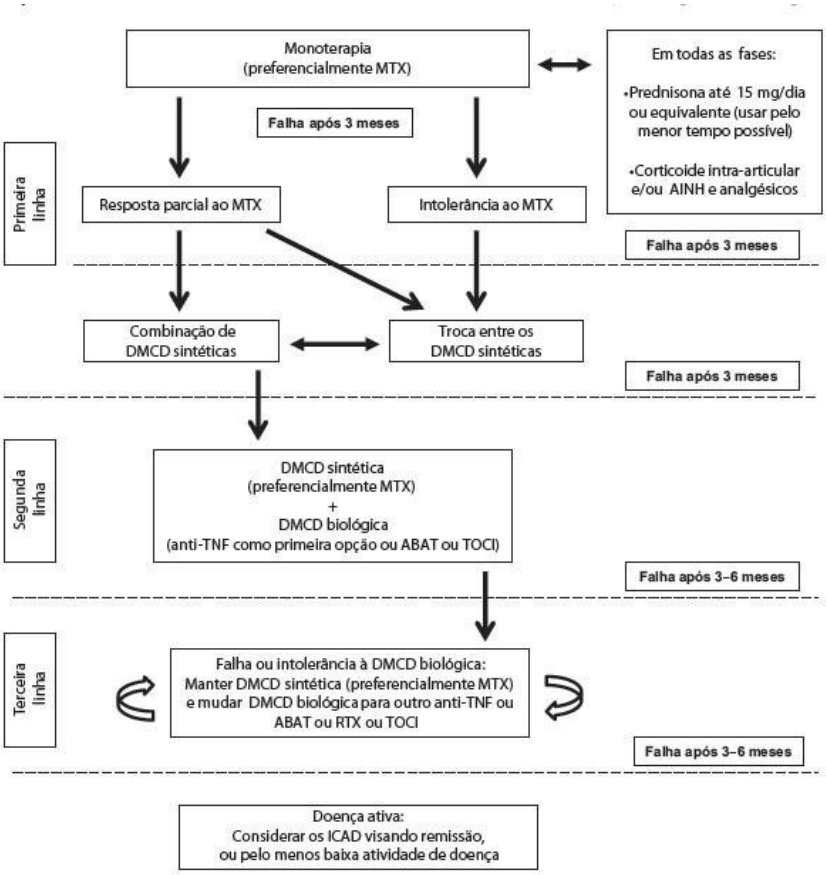


Figura 1 – Fluxograma medicamentoso para tratamento da AR

Legenda: ABAT: abatacept; AINH: anti-inflamatórios não hormonais; DMCD: droga modificadora do curso da doença; ICAD: índices compostos de atividade da doença; MTX: metotrexato; RTX: rituximabe; TOCI: tocilizumabe.
(Fonte: Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide)

DIETA MEDITERRÂNEA E SEUS FITOQUÍMICOS

A região do Mar Mediterrâneo é formada por países de três continentes distintos - Europa, África e Ásia - e, independente das suas diferenças culturais, econômicas e sociais, compartilham da mesma geografia o que contribui para agregar características especiais à sua agricultura e, consequentemente, aos hábitos alimentares da população da região ao longo dos séculos (REZENDE, 2006).

Nesta região, a alimentação predominante é caracterizada pelo consumo elevado de frutas, hortaliças, cereais, leguminosas, oleaginosas, peixes e azeite de oliva, alimentos com alto teor de moléculas bioativas, vitaminas, minerais e ricos em fitoquímicos antioxidantes com potencial de óxido-redução, que agem na modulação da expressão de genes que codificam proteínas envolvidas em mecanismos intracelulares de defesa contra processos oxidativos degenerativos de estruturas celulares. A este padrão alimentar é denominou-se como a Dieta Mediterrânea. Outrossim, sabe-se que a alimentação é um fator preponderante no retardamento ou aceleração de doenças, o que inclui a AR. Alimentos altamente processados podem contribuir para o aumento dos processos inflamatórios e alimentos naturais podem auxiliar na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos que apresentam a patologia (BASTOS et al., 2009).

Os benefícios da Dieta Mediterrânea relacionam-se à sua qualidade de ser considerada uma dieta funcional, com elevado consumo de alimentos considerados funcionais, contendo fitoquímicos com atividade fisiológica e biológica - bioativos, com características antioxidantes e anti-inflamatórias (BONITO, 2016).

Alguns fitoquímicos destacam-se pelo alto poder de inibição de vias pró-inflamatórias, como é o caso da curcumina, presenta na cúrcuma, que possui, entre outras propriedades, atividade antioxidante e anti-inflamatória atuando em diversos alvos moleculares, o resveratrol, presente nas uvas, que inibe a expressão de citocinas pró-inflamatórias, as catequinas presentes no chá verde (*Camellia sinensis*), sendo a epigalocatequinagalato (EGCG) o principal polifenol com ação anti-inflamatória (CERQUEIRA, 2013), a quercetina, encontrada em frutas cítricas e na maçã, o tirosol encontrado no azeite de oliva e o licopeno encontrado no tomate, melancia e goiaba, responsáveis por reduzir a resposta inflamatória por meio da inibição da expressão gênica das enzimas COX-2 e iNOS e pela diminuição

da translocação do fator de transcrição NF-kB (BASTOS et al., 2009), o ômega-3, presente nas nozes, linhaça, atum, sardinha, salmão e peixes gordos, composto por três frações responsáveis pela diminuição da produção de proteínas inflamatórias, inibindo a síntese de TNF-α, IL-1, IL-6, IL-

8 e IL-12 num variado grupo de células, incluindo as células endoteliais, monócitos, macrófagos e células dendríticas (CERQUEIRA, 2013), além dos fitoquímicos presentes no gengibre (*Zingiber officinale*) que atuam na diminuição da ativação de macrófagos induzidos por lipolissacarídeo (LPS), principal componente da parede celular de bactérias gram-negativas, sendo um ativador e regulador da transcrição gênica via fator de transcrição NF-kB (VIEIRA et al., 2014).

Por estas atividades anti-inflamatórias e antioxidantes, a utilização da Dieta Mediterrânea que privilegia alimentos ricos em fitoquímicos, substâncias bioativas necessárias ao bom funcionamento do organismo, torna-se uma estratégia que deve ser pensada, já que as plantas apresentam eficácia, são maioritariamente seguras e apresentam poucos efeitos adversos comparativamente com o tratamento convencional (CARDOSO, 2015).

RESULTADOS

A AR possui importante impacto social devido à sua elevada morbimortalidade, com a independência do paciente afetada em graus variáveis, incluindo limitações nas atividades sociais, de lazer e, principalmente, profissionais, com alto índice de afastamento do trabalho - cerca de 60% após

15 anos de convivência com a patologia. A mortalidade também é alta e proporcional à gravidade do quadro que o paciente se encontra (BEN, et al., 2016), principalmente, quando envolve outros órgãos, podendo diminuir a expectativa de vida em cinco a dez anos, segundo o *American College of Rheumatology* (ACR) (COSTA et al., 2011).

Observa-se uma discrepância entre a dieta contemporânea, com modificações introduzidas pela revolução agrícola e industrial, e a dieta dos tempos primordiais, onde a alimentação do homem era baseada em caça e coleta de alimentos espontâneos, o que contribui para o que Bastos (2009), denomina de “doenças da civilização”, já que a dieta atual fornece poucos compostos bioativos, moléculas essenciais ao metabolismo humano, capazes de ativar vias de sinalização contra o estresse oxidativo. Bonito (2016) afirma que a Dieta

Mediterrânea se constitui em um padrão alimentar ideal para prevenir o surgimento de doenças crônicas modernas, contribuindo para prolongar os anos de vida com qualidade e saúde. Assim sendo, a nutrição pode ter um papel complementar no tratamento da AR, particularmente no auxílio da redução de sintomas característicos, com relatos sobre a melhoria da sintomatologia através da adoção de padrões alimentares mais naturais, levando a uma redução na progressão e/ou atividade da doença com melhoria da capacidade funcional, além de diminuição da rigidez matinal e da dor (PINHEIRO, 2015).

No entanto, as recomendações dietéticas devem ser realizadas de modo individualizado, uma vez que há aspectos que devem ser considerados como a composição do cardápio e o modelo a ser seguido (REZENDE, 2006), além do estilo de vida adotado, constituindo-se, assim, o comportamento alimentar relacionado ao estilo de vida.

Pereira (2013) corrobora com Rezende (2006) ao afirmar que uma intervenção dietética pode melhorar os sintomas dos pacientes com AR ao incluir estratégias nutricionais que se utilizam de alimentos com micronutrientes antioxidantes (fitoquímicos) e anti-inflamatórios.

Fitoquímicos presentes na Dieta Mediterrânea, como: ***a.*** curcumina, que possui atividade antioxidante, anti-inflamatória, antibacteriana, antiviral, antifúngica e antitumoral, atuando em diversos alvos moleculares incluindo o NF- kB, e na expressão dos genes induzidos por este fator de transcrição como as proteínas COX-2, iNOS, VCAM-1, ICAM-1, TNF-α, IL-1, IL-6, IL-8, IL-12 e interferon-γ, inibindo a ativação do NF-kB dependente de TNF-α, induzida por forbol-12-acetato-13- miristato (PMA) e por peróxido de hidrogênio, devido à sua capacidade de "sequestrar" Espécies Reativas de Oxigênio (EROS) em situações de estresse oxidativo celular ; ***b.*** o resveratrol que inibe a expressão de citocinas pró-inflamatórias, não permitindo a ativação da JNK e da proteína- quinase ativada por mitógenos (MEK), também inibe a expressão gênica das enzimas COX-2 e iNOS e das moléculas de adesão de superfície celular, como a molécula-1 de adesão intercelular (ICAM-1), molécula-1 de adesão de leucócitos endotelial (ELAM-1) e molécula-1 de adesão celular vascular (VCAM-1) (BASTOS, 2009); ***c.*** a quercetina em frutas cítricas e na maçã, o tirosol no azeite de oliva e o licopeno no tomate, melancia e goiaba, reduzem a resposta inflamatória por meio da inibição da expressão gênica das enzimas COX-2 e iNOS e pela diminuição da translocação

do fator de transcrição NF-kB, devem ser considerados como importantes aliados para a contenção da AR (BASTOS et al., 2009).

Além destes fitoquímicos destacam-se as catequinas presentes no chá verde (*Camellia sinensis*), com ação anti-inflamatória, capazes de inibir a ativação do fator de transcrição NF-kB ao mesmo tempo que inibem a degradação do IKB-α induzida pela ativação celular mediada pelo TNF-α, além de diminuírem a expressão gênica da enzima COX-2 (CERQUEIRA, 2013).

Fitoquímicos presentes no gengibre, como o 6-gingerol diminuem a ativação de macrófagos induzidos por LPS, exercendo um efeito inibitório sobre a produção de Interleucina 12 (IL -12), citocina que estimula diretamente células Natural Killers (NK) induzindo a produção de interferon gama (IFN-γ) importante para a ativação de macrófagos (VIEIRA et al., 2014).

O ômega-3 é composto por três frações: Ácido Alfa-linoleico (ALA), Eicosapentaenoico (EPA) e Docosahexaenoico (DHA), destas substâncias o EPA é o que apresenta maior ação anti-inflamatória, auxiliando as reações enzimáticas responsáveis pela produção de prostaglandinas E3, envolvida no controle da inflamação, além da família ômega-3 inibir a LPS, levando a uma diminuição da produção de proteínas inflamatórias, inibindo a síntese de TNF-α, IL-1, IL-6, IL-8 e IL-12 num variado grupo de células, incluindo as células endoteliais, monócitos, macrófagos e células dendríticas (CERQUEIRA, 2013).

A tabela 1 resume a relação entre os diferentes fitoquímicos, os alimentos em que estão presentes e a ação na resposta inflamatória.

Tabela 1. Fitoquímicos presentes em alimentos envolvidos na modulação da resposta inflamatória

Fitoquímicos	Fontes alimentares	Efeito na resposta inflamatória
Resveratrol	Uvas (Vitis vinifera)	↓COX-2, ↓iNOS, ↓ JNK, ↓ MEK, ↓ NF-kappa B, ↓ AP-1, ↓IL-6, ↓ IL-8, ↓ IL-1, ↑ Nrf2, ↓ VCAM-1
Tirosol	Azeite de oliva	↓COX-2, ↓iNOS, ↓ NF-kappa B
Curcumina	Cúrcuma (Curcuma longa)	↓ NF-kappa B, ↓ AP-1, ↑ Nrf2, ↓ JNK, ↓ PKC, ↓VCAM-1, ↓ COX-2, ↓iNOS, ↓ TNF-α, ↓IL-6, ↓ IL-8, ↓ IL-12
Licopeno	Tomate, melancia, goiaba	↓COX-2, ↓iNOS, ↓ NF-kappa B
Quercetina	Frutas cítricas, maçã	↓ NF-kappa B, ↓COX-2, ↓iNOS
6-Gingerol	Gengibre (Zingiber officinale)	↓ TNF-α, ↓ NF-kappa B, ↓ AP-1, ↓ COX-2, ↓ iNOS
Catequinas	Chá verde (Camellia sinensis)	↓ NF-kappa B, ↓ AP-1, ↓ JNK, ↓ COX-2, ↓IL-6
Ômega-3	Linhaça, nozes, peixes gordos	↓TNF-α, ↓IL-1, ↓IL-6, ↓IL-8 e ↓IL-12

Legenda: COX-2: ciclo-oxigenase-2; iNOS: óxido nítrico sintase induzível; JNK: c-Jun N-terminal quinase; MEK: MAPK quinase; NF-kappa B: fator nuclear kappa B; AP-1: proteína ativadora-1; PKC: proteína quinase C;IL-6: interleucina-6; IL-8: interleucina-8; IL-1: interleucina-1; IL-12: interleucina-12; Nrf2: fator relacionado ao E2; VCAM-1: moléculas de adesão celular vascular-1; TNF-α: fator de necrose tumoral.

(Fonte: adaptado de Bastos, 2009)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das consequências da globalização e da urbanização aceleradas é a modificação dos padrões alimentares da população. Tais mudanças podem ser traduzidas pelo aumento no consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em gordura, açúcar, sódio, interferindo diretamente no processo inflamatório da AR, patologia com impacto significativo na saúde pública, tendendo a aumentar com o envelhecimento da população, gerando consequências na qualidade de vida das pessoas.

Alternativa ao tratamento convencional da AR e para amenizar os efeitos secundários resultantes da utilização de medicamentos, uma vez que não há cura para a patologia, é a adoção da Dieta Mediterrânea, já que esta modalidade incentiva a inclusão de alimentos naturais, ricos em fitonutrientes, como legumes, verduras, frutas, azeite e peixes que demonstram benefícios

para a remissão dos sintomas, retardando a progressão dos efeitos deletérios da AR, já que os alimentos demonstram propriedades anti-inflamatórias e antioxidantes extremamente importantes para auxílio no controle da patologia.

A adesão a uma dieta semelhante à adotada na região do Mediterrâneo possibilita uma proteção a mais contra doenças degenerativas como a AR e indivíduos que aderiram um padrão alimentar semelhante ao mediterrâneo apresentaram melhorias na rigidez matinal e na dor, além de redução da atividade da doença.

No entanto, há a necessidade de mais estudos que demonstrem os benefícios da adoção de um estilo de vida que inclua alimentos naturais em detrimento aos ultraprocessados para manutenção da saúde, prevenção de doenças crônicas degenerativas e controle de processos patológicos que envolvam inflamação, como é o caso da AR para que o paciente possa continuar a exercer as atividades cotidianas, sem imposição de delimitações funcionais.

REFERÊNCIAS

BASTOS, D. H. M, ROGERO, M. M.; AREAS, J. A. G. **Mecanismos de ação de compostos bioativos dos alimentos no contexto de processos inflamatórios relacionados à obesidade.** 2009. Disponível em:<blob:https://web.whatsapp.com/f5508bc9-5fa9-4f63-bf81-4c8bc174bd89>. Acesso em: 16/10/2018.

BEM, A. J.**Resumo Clínico - artrite reumatoide.** 2016. Disponível em:<https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/reumatologia_resumo_artrite_reumatoide_TSRS.pdf>. Acesso em: 10/10/2018.

BONITO, J. **A dieta mediterrânica na prevenção de doenças da contemporaneidade: uma revisão bibliográfica.** Revista Brasileira de Educação e Saúde REBES - ISSN 2358-2391 - (*Pombal – PB, Brasil*), v. 6, n.1, p. 27-35. 2016. Disponível em:<https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/3907/3627>. Acesso em 11/10/2018.

BORGES, M. C.; SANTOS, F. M. M. S.; TELLES, R. W.; ANDRADE, M. V. M.;

CORREIA, M. I. T. D.; LANNA, C. C. D. **Ácidos graxos ômega-3, estado inflamatório e marcadores bioquímicos de pacientes com lúpus eritematoso sistêmico: estudo piloto.** 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v57n6/pt_0482-5004-rbr-57-06-0526.pdf>. Acesso em: 13/10/2018.

CARDOSO, C. **Fitoterapia aplicada ao tratamento da Osteoartrite.** 2015. Disponível em:<https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5292/1/PPG_19817.pdf>. Acesso em: 13/11/2018.

CERQUEIRA, S. R. **Os ácidos gordos ómega-3 e os seus efeitos anti-inflamatórios.** 2013. Disponível em:<https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4162/1/Os%20%C3%A1cidos%20gordos%20%C3%B3mega-3%20e%20os%20seus%20efeitos%20anti-inflamat%C3%B3rios.pdf >. Acesso em: 07/10/2018.

COSTA, J. P, BECK, S. T. **Avanços no diagnóstico e tratamento da artrite reumatoide.** 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Graziela/Downloads/2592- 15588-5-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 11/10/2018

GOELDNER, I. **Artrite reumatoide: uma visão atual.** volume 47, nº 5. P. 49. 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v47n5/v47n5a02.pdf>. Acesso em: 04/11/2018.

JEREISSATI, I. **Cuidados com o consumo de açúcar na alimentação infantil.** 2015. Disponível em: <https://site.medicina.ufmg.br/observaped/wp-content/uploads/sites/37/2016/07/A%C3%87%C3%9ACAR-FINAL-07-07- 2016.pdf> Acesso em : 15/08/2018.

MOTA, L. M. H.; LAURINDO, I. M. M.; NETO, L. L. S. **Artrite reumatoide inicial – conceitos.** 2010. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.56 no.2 São Paulo **.**Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000200024&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> . Acesso em: 09/10/2018.

MOTA, L. M. H.; CRUZ, B. A.; BRENOL, C. V.; FRONZA, L. S. R.; BERTOLO,

M. B.; FREITAS, M. V. C.; SILVA, N. A.; LIMA, R. A. C.; PINHEIRO, G. R. C.; JUNIOR, P. L.; GIORGI, R. D. N. **Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2012 para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide.** v.51, n.3, p.207-219. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v52n2/v52n2a02.pdf.> Acesso em: 10/10/2018.

PEREIRA, P. C. D. **Artrite reumatoide e o seu aumento na incidência de resposta do sistema imunológico.** 2013. Disponível em: <https://www.vponline.com.br/portal/noticia/pdf/a761c599b49204aa887deeb415a2b940.pdf >. Acesso em: 21/10/2018.

PINHEIRO, J. **Terapêutica nutricional na artrite reumatoide.** 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/apn/n3/n3a05.pdf>. Acesso em: 06/10/2018.

REZENDE, A. B. M. A. **Dieta Mediterrânea- características e aspectos gastronômicos.** 2006. Disponível em: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/download/3907/362 7>, Acesso em: 10/10/2018.

VIEIRA, N. A.; TOMIOTTO, F. N.; MELO, G. P.; MANCHOPE, M. F.; LIMA, N.

R.; OLIVEIRA, G. G.; WATANABE, M. A. E. **Efeito anti-inflamatório do gengibre e possível via de sinalização.** 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/viewFile/17125/1583 3>. Acesso em: 20/10/2018.