

Unidade de Pesquisa Campus V



APRESENTAÇÃO

Cadernos de Pesquisa Campus V é uma publicação de distribuição gratuita, publicada semestralmente, em Junho e Dezembro, pela coordenação de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão da Universidade Iguçu – *Campus V* – Itaperuna, RJ. Tem como objetivo divulgar trabalhos inéditos, casos clínicos, estudo de casos e artigos de revisão, cobrindo temas das diversas áreas do ensino, pesquisa e extensão da Universidade Iguçu.

CONSELHO EDITORIAL

Guilherme Lemos Imbelloni, MSc. – Universidade Iguazu - *Campus V*
Juçara Lima Bedim, DSc. – Universidade Iguazu - *Campus V*
Ronaldo Figueiró, DSc. – Universidade Estadual da Zona Oeste
Sérgio Henrique Mattos Machado, MSc. – Universidade Iguazu - *Campus V*
Wendel Mattos Pompilho, DSc. – Universidade Federal Fluminense

SECRETÁRIA E EXPEDIENTE

Maryanne Morais Oliveira Bertassoni Delorenzi, Esp.
Tel: (22) 3823-4000. r. 4083
Segunda a Sexta das 8:00 as 17:00 horas.

OBJETIVO E ESCOPO

Revista multidisciplinar que tem por objetivo publicar artigos originais, casos clínicos e estudos de casos nas áreas: Administração; Ciências Biológicas; Direito; Enfermagem; Educação Física; Engenharia de Produção; Engenharia de Petróleo; Farmácia; Fisioterapia; Medicina; Medicina Veterinária; Odontologia.

INFORMAÇÕES PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS

O Título deve ser digitado em letras maiúsculas e negrito. O(s) nome(s) completo(s) do(s) autor e orientador deve(m) ser digitados separados do título por um espaço, seguindo da instituição de origem e 01 (um) e-mail para contato, que poderá ser do orientador. O resumo não pode ultrapassar 250 palavras. Atribuir até cinco palavras chave. O abstract é a tradução do resumo para língua inglesa. Atribuir até cinco keywords. O texto deverá ser digitado em tamanho A4, com margens de 2,5 cm nos quatro cantos, alinhamento justificado, espaçamento Simples e fonte Times News Roman, tamanho 12 em Word for Windows. O artigo completo deverá contar com 8 a 12 páginas. **Não serão cobras taxas de submissão e publicação.**

REVISÃO DOS ARTIGOS

Os trabalhos encaminhados à revista são primeiramente avaliados pela Comissão Científica, para verificação da originalidade e possíveis incompatibilidades, bem como plágio, se considerados aprovados, são encaminhados a dois relatores doutores (consultores *ad hoc*). Os trabalhos serão enviados avaliação às cegas. No caso de pareceres contraditórios, haverá a submissão a um terceiro relator, para desempate.

DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL

O(s) autor (es), na qualidade de titular (es) do direito autoral do artigo submetido à publicação, de acordo com a Lei nº. **9610/98**, concorda(m) em ceder os direitos de publicação à Revista Cadernos de Pesquisa *Campus V* e autoriza(m) que o mesmo seja divulgado gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, para fins de leitura, impressão e/ou download pela Internet, a partir da data da aceitação do artigo pelo corpo editorial da Revista.

ENVIO DE ARTIGOS

pesquisa.campusv@gmail.com

SUMÁRIO

CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA A SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO

Adrielle Lima Mendes NEIVA, Emanuella Aparecida Batista de OLIVEIRA, Flávia de Paula SOUZA, Marlon Silva LEMOS, Rejane Maria Santos de FREITAS & Luis Fernando Gonçalves de CASTRO

Páginas: 1 - 8

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DEPRESSÃO

Josilene CHAGAS, Ana Maria Ferreira SOARES, Sara Nuss MELLO, Tiago Pacheco Brandão RIBEIRO, Edineth Vargas Rosestolato HOFFMAN & Luis Fernando Gonçalves de CASTRO

Páginas: 9 - 18

DISPENSAÇÃO DE AGENTES INIBIDORES DA ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA E BLOQUEADORES DOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA II: ESTUDO COMPARATIVO

Philippe Nogueira de CASTRO, Luciana de Oliveira FUMIAN, Rondinelli de Carvalho LADEIRA, Josyleide Ribeiro Dutra de SOUZA, Carlos Rubens Ponchini CARVALHO & Denise Aparecida da SILVA

Páginas: 19 - 26

AVALIAÇÃO DO ESCOAMENTO E DA ESPESSURA DA PELÍCULA DE DIFERENTES AGENTES CIMENTANTES

Sandra Márcia da Silva LINHARES, José MONDELLI & Rosa Maria de Vasconcelos MACIEL

Páginas: 27 - 34

A ENFERMAGEM E A SAÚDE DO ESCOLAR

Elizangela Portes FERREIRA, Ludymilla Campos FRANÇA, Sandra Helena de OLIVEIRA, Daniela Ferreira MONTEIRO, Sara Nuss MELLO & Edineth Vargas Rosestolato HOFFMAN

Páginas: 35 - 44

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE REALIZADA PELO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO EM ADOLESCENTES

Lucélia Cristina BARBOSA, Viviane Cristina B. da Rocha OLIVEIRA, Emanuelle dos Santos SOUZA, Rejane Maria Santos de FREITAS, Luis Fernando Gonçalves de CASTRO & Sandra Helena de OLIVEIRA

Páginas: 45 - 52

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA: ACESSO E USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Rondinelli LADEIRA, Alan NOGUEIRA, Josileyde DUTRA, Denise SILVA & Luciana

FUMIAN Páginas: 53 - 60

FRENECTOMIA DA LINGUA

Patricia Ferreira ASSIS, Silmar Antunes PEREIRA & José Alberto Tinoco

CHIARELLO Páginas: 61 - 66

O EXERCÍCIO AERÓBICO COMO FATOR CONTRIBUINTE PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Clariana Bueno CAMPANHARO, Diego Valentin Severo PUPIN, Elizânia Rodrigues de ARAÚJO, Milena Santos LÍVIO, Guilherme Lemos IMBELLONI & Tiago Pacheco Brandão RIBEIRO

Páginas: 67 - 75

FATORES DE RISCO DE INFARTO EM IDOSOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Caroline Brito da Silva FRANÇA, Tiago Pacheco Brandão RIBEIRO, Ana Maria Ferreira SOARES, Guilherme Lemos IMBELLONI, Sandra Helena de OLIVEIRA & Eduardo Luiz Pereira da SILVA

Páginas: 76 - 81

INCIDÊNCIA E PERFIL DE PORTADORES DE HIV NO MUNICÍPIO DE ITAPERUNA-RJ, NOS ANOS DE 2011, 2012 E 2013.

Luciana FUMIAN, Laura QUINTÃO, Tatiana NIZOLI, Josileyde DUTRA, Rondinelli CARVALHO, Denise SILVA & Kiara de MEDEIROS

EXODONTIA DE TERCEIROMOLAR COM FINALIDADE ORTODÔNTICA

Silmar Antunes PEREIRA, José Alberto Chiarelo TINOCO & Valquíria THOMAZINI

Páginas: 90 - 95

SÍNDROME DA FIBROMIALGIA E A FISIOTERAPIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Jaqueline Gonçalves da Silva MOREIRA, Guilherme Lemos IMBELLONI, Eduardo Luis Pereira da SILVA, Ana Maria Ferreira SOARES, Tiago Pacheco Brandão RIBEIRO & Arandir de Souza CARVALHO

Páginas: 96 - 103

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Janayna Gaigher SIMÕES, Uly Assunção BERNARDO, Guilherme Lemos IMBELLONI; Milena Santos LÍVIO, Eduardo Luis Pereira da SILVA & Gisele Simas dos SANTOS

Páginas: 104 – 107

RESISTÊNCIA AS QUINOLONAS NO TRATAMENTO DE ITU

Rondinelli de Carvalho LADEIRA, Diego Gomes OLIVEIRA, Denise Aparecida da SILVA, Carlos Rubens Ponchini CARVALHO, Josileyde Ribeiro Dutra de SOUZA & Luciana de Oliveira FUMIAN

Páginas: 108 - 117

O PERFIL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE E DIÁLISE

Natália Rosa, FIGUEIRA, Simoni Nazaré Alves do A. PESTANA, Edineth Vargas Rosestolato HOFFMAN, Luis Fernando Gonçalves de CASTRO, Sandra Helena de OLIVEIRA & Daniela Ferreira MONTEIRO

Páginas: 118 - 124

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Guilherme Berriel Pereira PIRES, Mislene Silva CANDIDO, Ana Maria Ferreira SOARES, Gisele Simas SANTOS, Edineth Vargas R. HOFFMANN & Arandir de Souza CARVALHO

TRANSTORNOS ALIMENTARES SOB A ÓTICA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Mayara Curty BASTOS, Ana Maria Ferreira SOARES, Arandir de Souza CARVALHO, Tiago Pacheco Brandão
RIBEIRO, Gisele Simas dos SANTOS & Eduardo Luis Pereira da SILVA

Páginas: 134 - 143

CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA A SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO

Adrielle Lima Mendes NEIVA¹, Emanuella Aparecida Batista de OLIVEIRA¹, Flávia de Paula SOUZA¹, Marlon Silva LEMOS¹, Rejane Maria Santos de FREITAS^{2*} & Luis Fernando Gonçalves de CASTRO²

¹ Discentes da Universidade Iguazu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

² Docentes da Universidade Iguazu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

*rejanesantosdefreitas@hotmail.com

RESUMO

O climatério se apresenta como um fenômeno fisiológico, decorrente do esgotamento dos folículos ovarianos que ocorre em todas as mulheres. Representa a transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva com consequências desconfortáveis e sistêmicas. Esse estudo, de natureza qualitativa, objetivou conhecer este período, bem como suas alterações biopsicossociais, evidenciado pela mulher que vive a menopausa, assim como, estudar a ação do enfermeiro junto à mesma, contribuindo para amenizar o desconforto dessa fase. O estudo, ainda, permite reflexões importantes para os profissionais de Enfermagem no que concerne ao cuidado e a assistência prestada à mulher nessa fase do ciclo vital. O papel da informação é fundamental nesse processo, uma vez que as mulheres lamentam desconhecer as alterações orgânicas e emocionais, características desse período, alterações essa que podem ser de grande impacto na autoestima das mesmas.

Palavras chave: climatério, alteração hormonal, enfermagem.

ABSTRACT

The climacteric is presented as a physiological phenomenon, due to the depletion of ovarian follicles that occurs in all women. Is the transition from the reproductive phase and reproductive not uncomfortable and systemic consequences. This study, of qualitative nature, aimed to identify this period as well as their biopsychosocial changes evidenced by the woman who lives menopause, as well as study nurses' action next to it helping to ease the discomfort of this phase. The study also allows important reflections to nursing professionals regarding the care and assistance to women at this stage of the life cycle. The role of information is critical in this process, since women complain unaware organic and emotional changes, characteristics of this period, this changes that can greatly impact the self-esteem of the same.

Keywords: menopause, hormonal changes, nursing.

1 Introdução

O climatério, segundo Baracat et. al., (2006), têm sido reconhecido como mais que o fim da vida reprodutiva feminina, mesmo que ainda referências a seu respeito encontrem-se descritas em textos escritos por Aristóteles (384-322 A.C.), até recentemente a condição da mulher menopausada era pouco expressada e considerada como motivo de constrangimento. Em parte, a pouca atenção dada ao climatério até o início do século passado devia-se a baixa expectativa de vida feminina, que até então não permitia que a maioria das mulheres vivesse até essa fase do ciclo feminino.

Muitas mulheres relatam o climatério como um período de desconforto em graus variados. Sabe-se que essa cultura, cultura a juventude e aspectos a ela interligados, tais como: a beleza, a aparência física, etc., o que se contrapõe à concepção de climatério, que para essas mulheres é uma fase associada à velhice. (FERNANDEZ et. al, 2005).

Embora o climatério seja um processo fisiológico normal, possui um significado especial por causar certa apreensão, pois para muitas mulheres é sinal de que as mesmas estão entrando na segunda metade da vida e com ela a percepção do envelhecimento. Consiste num distúrbio endócrino de natureza genética, decorrente do declínio funcional das gônadas, quando o organismo feminino mostra escassez de hormônios esteróides ovarianos que revela em todas as mulheres de meia idade (BEZERRA et. al, 2004).

Por ser esse período que requer cuidados e atenção não só por parte da mulher como também dos profissionais de saúde o estudo justifica-se pelo fato de que os profissionais de enfermagem devem buscar o aprimoramento em seu conhecimento e prática, com o objetivo de desenvolver o máximo de suas potencialidades em função da promoção da saúde. Faz-se necessária a atenção da enfermagem no cuidado da mulher na fase da menopausa, evitando que neste período tão especial da vida feminina ocorram problemas que venham diminuir ou comprometer a qualidade de vida da mulher.

Sendo o climatério um período da fase da vida mulher no qual cessa sua condição de reprodução e começa a vivenciar um período crítico com vários sintomas e o aparecimento da menopausa causando profundas mudanças físicas e psicossociais na vida da mulher precisando a mesma de orientação e cuidados necessários para que possa se adaptar a essa nova fase da vida o trabalho busca respostas para a seguinte questão-problema: até que ponto a assistência de enfermagem a mulher no climatério pode contribuir para uma melhor qualidade de vida durante este período?

O trabalho tem como objetivo avaliar a adaptação das mulheres em diversas fases do climatério a partir das orientações de enfermagem quanto aos cuidados com a saúde como exercícios físicos, alimentação e atividade sexual.

Ainda, para melhor direcionamento às questões propostas, emergiram os seguintes objetivos específicos: conceituar climatério evidenciando os cuidados de enfermagem na mulher no período da menopausa; descrever os principais transtornos causados em mulheres no período da menopausa; averiguar como as mulheres percebem o climatério e as mudanças psicofisiológicas e sociais advindas.

Para o desenvolvimento do que está proposto no tema, o trabalho foi desenvolvido em três momentos. No primeiro momento realiza-se uma reflexão sobre o climatério e a menopausa, as alterações biopsicossociais do climatério, a sexualidade da mulher nesse período, sua fisiologia e manifestações clínicas; no segundo momento passa-se a tratar questões como a promoção da saúde, complicações e medidas preventivas aplicadas ao climatério e o tratamento das mulheres menopáusicas; Por fim no terceiro momento, discorre-se sobre o papel da educação em saúde realizado pelo enfermeiro na assistência ao climatério, destacando-se a Enfermagem como o instrumento fundamental na promoção da saúde e qualidade de vida da mulher climatérica.

2 Materiais e Métodos

Constitui-se em uma pesquisa bibliográfica e exploratória. É um estudo de revisão de literatura nacional, realizada no período de março a junho de 2014, com abordagem qualitativa tendo como fonte alguns capítulos de livros, periódicos e artigos indexados no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e no Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), com os seguintes descritores: Enfermagem; climatério; Educação em Saúde.

3 Resultados e Discussão

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1996 apud TRENCH e SANTOS, 2005), a menopausa tem implicações diferentes para as mulheres de uma sociedade desenvolvida e para outras de uma sociedade em vias de desenvolvimento, diferenciando-se segundo as condições de vida das mulheres e o seu acesso aos cuidados de saúde. Assim sendo, a menopausa é uma fase da vida da mulher que não pode ser evitada, torna-se essencial para a mulher adquirir o máximo de informação sobre esta etapa da vida.

Com o aumento da expectativa de vida ocorrida em quase todo o mundo, a menopausa feminina, tornou-se um problema de saúde que merece atenção especial. Para Hanan et al. (2001, p. 234) —a menopausa constitui o único ponto de exatidão e semelhança da menarca da puberdade.¶

Por ser uma fase crítica da vida da mulher, ou seja, um estágio complexo e importante que traz numerosas mudanças nos âmbitos físico, emocional e social, a menopausa pode significar um golpe na autoestima feminina, principalmente pela perda da função procriativa. Assim, esse período representa um marco de passagem para o vazio com desconfortos físicos que variam em grau e durabilidade de uma mulher para outra (GONÇALVES e MERIGUI, 2005).

Considerando que a OMS aponta que uma mulher encontra-se na menopausa após a ausência consecutiva da menstruação por 12 meses, o que normalmente ocorre entre os 45 e 55 anos. Nos países industrializados, em média, isto é vivido pelas mulheres de 50-52 anos, e um ou dois anos a menos em países em desenvolvimento (GONÇALVES e MERIGUI, 2005).

Segundo Vieira e Navarro (2007), existem fatores que podem influenciar no aparecimento da menopausa: O tabagismo antecipa a menopausa cerca de 15 anos; nuliparidade a exposição a químicos tóxicos, a epilepsia, tratamento com antidepressivos são fatores associados a menopausa precoce; o excesso de massa corporal e o elevado QI na infância estão relacionados com o aparecimento mais tardio da menopausa.

Nos estudos relativos à menopausa, não foi encontrada qualquer relação entre o aparecimento da menopausa e a idade da menarca, a administração de anticoncepcionais orais, o nível sócioeconômico ou a raça (KACZMAREK apud VIEIRA e NAVARRO 2007).

O diagnóstico do climatério é essencialmente clínico baseado na faixa etária, no padrão menstrual alterado e sintomas climatéricos (fogachos, insônia, depressão, etc.). Comumente, não são utilizadas dosagens hormonais para o diagnóstico do climatério, a não ser para o diagnóstico diferencial em casos de menopausa prematura (ALMEIDA, 2003).

A intensidade e a frequência de sintomas desconfortáveis variam segundo o indivíduo e o episódio. Os dois sintomas mais vulgarmente referidos são os afrontamentos e a vaginite atrófica. Outros problemas que podem estar associados à menopausa incluem: osteoporose, maior risco de doença cardiovascular, alterações na pele, perturbações do sono, diminuição da libido, e dificuldades psicológicas. Nesse processo, torna-se fundamental a autoestima, para que a mulher possa encarar a sua vida no período da menopausa como oportunidade e possibilidade de renovação e realização, usufruindo sua maturidade e experiência. Mulheres com autoconfiança, com uma imagem favorável de si mesma, estabilidade emocional e afetiva, aberta a novas experiências, capazes de controlar eventos e de fazer projeções para o futuro, têm maior propensão a alcançar o bem-estar psicológico (ZAMPIERI et al., 2009).

Assim, torna-se de extrema importância que estas mulheres tenham conhecimento sobre o processo e tudo que pode ocorrer durante o mesmo, de forma a conhecerem as atitudes que podem desenvolver para atenuar os sintomas.

A carência de estrogênios apresenta repercussões em nível de vários órgãos-alvo e vários sistemas, induzindo a uma sintomatologia precoce ou em uma sintomatologia tardia. A

sintomatologia precoce se apresenta através das perturbações vasomotoras, das perturbações psicológicas, das perturbações geniturinárias (CALVOSO et al., 2008).

Perturbações vasomotoras – essas perturbações constituem a sintomatologia mais frequente da mulher menopáusicas, sendo mais intensa nos dois primeiros anos da menopausa e cessando aproximadamente aos cinco anos de menopausa (ANTUNES et al., 2003).

A vasodilatação generalizada ocorre em todo corpo, e a temperatura cutânea sobe, provocando o aparecimento das ondas de calor, que constitui um problema bem conhecido, afetando a maioria das mulheres menopáusicas. As ondas de calor e os suores são sintomas vasomotores que variam, tanto em intensidade como em duração. Para muitas mulheres estes sintomas chegam a ser severos, causando uma interferência significativa no trabalho, sono e qualidade de vida (CORRIE, 2007).

Embora, a ansiedade, a depressão e a irritabilidade sejam sintomas comuns na menopausa, não há boas evidências que tais sintomas estejam associados à deficiência hormonal (GREENSPAN e STREWLER, 2000). Os transtornos do sono e insônia também são comuns entre as mulheres climatéricas e a falta de sono, certamente afeta as funções do sistema nervoso.

É observável também nesta fase, as alterações de humor que podemos atribuir também aos efeitos psicossociais da mudança de papel e do estilo de vida que acompanha o processo de envelhecimento das mulheres, há, no entanto, razões para crer que sejam uma resultante direta das perturbações dos sono, causadas pelos afrontamentos. As mudanças de humor, nas mulheres em perimenopausa, ainda podem ser causadas pela diminuição do estrogênio no sangue, que vai afetar diretamente os neurotransmissores que regulam o humor (MORAES et al., 2007).

Perturbações geniturinárias – com a diminuição dos estrogênios circulantes no organismo, ocorre a atrofia da mucosa vaginal, aumentando o pH da secreção vaginal. Esses efeitos é o motivo das queixas apresentadas pelas mulheres menopáusicas que são: securas vaginais, irritação local, frequentes infecções urinárias, dispareunia e o aparecimento da síndrome ureteral (ANTUNES et al., 2003). Ocorre também uma diminuição da pressão ureteral, levando a incontinência urinária (GREENSPAN e STREWLER, 2000).

Essa sintomatologia interfere na atividade sexual da mulher, pois a vagina torna-se cada vez mais estreita e curta, as paredes perdem espessura, flexibilidade e umidade, desaparecem as secreções e, a lubrificação leva mais tempo para surgir nas relações amorosas (FREITAS, 2006).

3.1 Tratamento

O tratamento mais comum em mulheres na menopausa é a terapia hormonal que através de sua ação além de diminuir os sintomas provocados nesse período, devolve ao organismo feminino a compensação pela baixa nos hormônios, evitando transtornos físicos e psicológicos.

O emprego da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) teve início na Alemanha em meados de 1937 e popularizou-se nos Estados Unidos a partir 1950. O objetivo do tratamento era melhorar a qualidade de vida das mulheres na pós-menopausa. Desde então, publicações passaram a divulgar que além de prevenir e tratar sintomas comuns da menopausa, seu uso proporciona benefícios adicionais (CAMARGOS e NASCIMENTO, 2009).

Atualmente, há um grande interesse científico quanto aos possíveis benefícios da TRH para a mulher idosa na prevenção e tratamento de déficits cognitivos, alterações do humor e doença de Alzheimer. Os resultados dos trabalhos são conflitantes, mas sugerem que o estrogênio possa manter e até melhorar as funções cognitivas em pacientes normais e dementes (HANAN et al., 2001).

Segundo Marinho et al., (2015) o estrogênio exerce diversas ações benéficas sobre os parâmetros de risco cardiovascular. Os principais efeitos são: melhora do perfil lipídico, do fluxo vascular arterial, da pressão arterial e do débito cardíaco. Estudos mostram ação antioxidante do estrogênio na placa ateromatosa e diminuição da resistência periférica à insulina.

Segundo Greenspan e Strewler (2000), se a principal indicação para terapia e reposição hormonal for o alívio dos fogachos, o tratamento será com doses menores de estrogênios.

Muitos estudos avaliaram a ação dos estrogênios na forma de contraceptivos orais sobre a incidência de câncer de mama. Embora, alguns estudos recentes tenham concluído que não há aumento de risco dessa neoplasia maligna em mulheres que recebem reposição hormonal, outros demonstraram um aumento significativo do risco de câncer de mama que pode estar relacionado à duração do uso de estrogênio. Entretanto, ainda não foram concluídos grandes estudos clínicos prospectivos e os benefícios da reposição hormonal podem superar esse possível risco em alguns pacientes (HURD et al., 2005).

Outra forma também de amenizar os sintomas da menopausa, é o uso de uma alimentação adequada e a prática de exercícios físicos, enfim, a importância e mudanças essenciais no estilo de vida da mulher que incluem: deixar de fumar, reduzir a obesidade, minimizar a exposição solar, diminuir a ingestão de álcool e de cafeína e evitar o abuso de medicamentos (LUQUE et al., 2006).

Segundo Corrie (2007), fumar tem efeito específico na menopausa, pois as mulheres que fumam chegam mais cedo à menopausa do que as não fumantes. Além disso, ocorre risco maior de osteoporose tendo à diminuição da absorção do cálcio ingerido, podendo reduzir a massa óssea até 25%.

Quanto à atividade física, é fato que a mesma reforça os músculos que, por sua vez estimulam os ossos. Favorecem ainda a irrigação sanguínea, previne o paciente de doenças cardiovasculares, mantém o peso corporal, combate a perda óssea e tem efeitos positivos em relação ao nível neuropsicológico e afetivo (CARVALHO, 2004).

Sendo assim, a grande vantagem da terapêutica hormonal é o alívio dos sintomas do climatério. No entanto, o uso dessa terapia deve ser recomendado pelo médico e acompanhado adequadamente pelo mesmo que julgará a quantidade de tempo necessário e a dose eficaz de acordo com cada paciente.

3.2 O papel da educação em saúde realizado pelos enfermeiros na assistência ao climatério

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) regulamentado no Decreto-lei nº 161/96, a enfermagem representa —a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital e, aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (PORTUGAL, 1996).|

Da mesma forma, o Ministério da Saúde (1996), preconiza que os cuidados de enfermagem são caracterizados por se basearem numa interação enfermeiro/doente, família, grupos e comunidade; estabelecem uma relação de ajuda com o indivíduo, identificam os problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, recolhem e analisam dados sobre cada situação, formulam diagnósticos de enfermagem, elaboram e realizam planos para a prestação de cuidados de enfermagem e efetuam a avaliação desses mesmos cuidados.

Nesta perspectiva, a enfermagem desempenha papel importante na saúde e na doença, porque atua nos diferentes níveis de prevenção. Suas ações preventivas não devem ser estáticas ou isoladas, mas formar um elo contínuo na história natural de qualquer distúrbio. Os programas e serviços curativos são importantes, mas é fundamental procurar meios para reduzir a necessidade de sua utilização (KAWMOTO et al., 2005).

Nesta perspectiva, a educação para a saúde constitui um elemento fundamental nos cuidados de enfermagem, voltada para a promoção da saúde, contribuindo para que os seres humanos desenvolvam a capacidade de se adaptarem a novas situações (CARVALHO e CARVALHO, 2006).

Em relação à mulher menopáusicas, assistência de enfermagem deveria ser implementada num contexto interdisciplinar, no qual a educação e a promoção da saúde fossem prioridades, sempre com o objetivo de lhes resgatar a autonomia e a qualidade de vida.

Assim, a mulher é contemplada na sua totalidade, com sua autonomia e poder de decisão, tendo garantia do atendimento de suas reais necessidades através de uma assistência de qualidade.

Sem desconsiderar o papel da terapia hormonal, tem sido buscado resgatar medidas importantes na promoção da saúde e qualidade de vida na menopausa, como o cuidado alimentar, o combate ao sedentarismo e restrição ao tabagismo. A educação em saúde, em especial, tem se tornado relevante, não somente por contribuir para um maior autocuidado, como para a mudança de eventuais posicionamentos negativos acerca do envelhecimento feminino, esclarecendo dúvidas com relação ao climatério e, conseqüentemente, reduzindo a ansiedade da mulher.

A enfermagem tem entre suas metas, a preocupação de reduzir ou evitar as tensões físicas (dor, náuseas, frio e calor) e psicossociais (ansiedade, medo, pânico) das mulheres que ingressam no sistema de atendimento à saúde. O ensino e o envelhecimento da paciente em relação a estilos de vida saudáveis, promoção da saúde e triagem são de primordial importância (SMELTSER e BARE, 2006).

4 Conclusão

Para tratar os sintomas do climatério, é indicado o uso e Terapia de Reposição Hormonal, um tratamento a base de reposição de estrogênios. Apesar de ser um tratamento antigo, ainda hoje, existem estudos de investigação sobre os reais efeitos do mesmo sobre a vida da mulher. De qualquer forma, não se deve ministrar nem interromper o tratamento sem a supervisão médica.

Através do estudo realizado conclui-se, também que existem outras formas utilizadas para amenizar os sintomas da menopausa como: o uso de uma alimentação adequada, a prática de exercícios físicos, mudanças essenciais no estilo de vida da mulher.

Conclui-se, portanto, que a Enfermagem é hoje, um elemento fundamental no acolhimento da mulher menopáusicas, na garantia de proporcionar uma qualidade de vida e autocuidado durante este período.

5 Referências

ALMEIDA, A. B. de. **Reavaliando o climatério**: enfoque atual e multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2003.

ANTUNES, S. et al. Terapêutica hormonal de substituição na prática clínica – **Revista Port. Clin. Geral**, 2003.

BARACAT, E. C. et al. Guia de medicina ambulatorial e hospitalar. In: BARACAT, E. C.; LIMA, G. R. **Climatério**. São Paulo: Manole, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução Nº 196/96 Sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos. *Bioética*, v. 4, n.2, p. 15-25, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa /**

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BEZERRA, D. et. al. **Conhecimento do climatério como fator importante na manutenção da saúde.** Universidade de Fortaleza-UNIFOR. CBCENF. Disponível em: <<http://189.59.9.179/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/conhecimento%20do%20climaterio.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2015.

CALVOSO, G. G. et al. Prevalência de sintomas depressivos na perimenopausa. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, dez., vol. 18, n. 3, p.339-345, 2008. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo>>. Acesso em: 20 out. 2014.

CAMARGOS, A. L.; NASCIMENTO, E. do. **Terapia de reposição hormonal e desempenho cognitivo na terceira idade.** Estud. psicol. (Campinas) v. 26, n. 4, Campinas, nov./dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em 30 de out. de 2014.

CARVALHO, A.; CARVALHO, G. **Educação para a saúde:** conceitos, práticas e necessidades de formação. Loures: Lusociência, 2006.

CORRIE, H. **Tudo sobre menopausa.** São Paulo: Andrei, 2007.

FERNANDEZ, M. R.; GIR, E. G.; HAYASHIDA, M. Sexualidade no período climatérico: situações vivenciadas pela mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 129-135, 2005.

FREITAS, F, et al. **Rotinas em ginecologia.** Porto Alegre: Guanabara Koogan, 2006.

GONCALVES, R., MERIGHI, M. A. B. O climatério: a corporeidade como berço das experiências do vivido. **Rev. bras. enferm.** v. 58, n.6, pp. 692-697, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 20 out. 2014.

GREENSPAN, F. S.; STREWLER, G. J. **Endocrinologia Básica e Clínica:** menopausa. Rio de Janeiro: Guanabara, 2000. Disponível em: <<http://www.pucrs.campus2.br>>. Acesso em: 20 out. 2014.

HANAN, M. Z, et al. **Ginecologia ambulatorial.** Belo Horizonte: Coopmed, 2001.

HURD, W. W; AMESSE, L. S; RANDOLPH, J. F. Tratado de ginecologia. In: BE- REK, J. S.; ADASHI, E.; HILLARD. **Menopausa.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. H. dos; MATTOS, T. M. de. **Enfermagem comunitária.** São Paulo: Editora EPU, 2005.

MARINHO, R. M. et al. **Projeto diretrizes:** atenção primária e terapia de reposição hormonal no climatério. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br>>. Acesso em: 30 de dez. de 2015.

PORTUGAL. Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro. **Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE).** Diário da República de Portugal, I Série, Lisboa. 4 de setembro de 1996.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 1. SOBRAC, Sociedade Brasileira para Estudo do Climatério Saúde e Bem-Estar: quando a menopausa chegar, São Paulo, 2003.

TRENCH, B.; SANTOS, C. G. dos. Menopausa ou Menopausas? **Saude soc.** vol.14, n.1, pp. 91-100, 2005. Disponível em: <[http:// bases.bireme.br/.../online/](http://bases.bireme.br/.../online/)> Acesso em: 22 out. 2013.

ZAMPIERI et al. O processo de viver e ser saudável das mulheres no climatério. **Esc. Anna Nery Ver. Enfermagem**, abr-jun; v. 13, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 22 out. 2014.

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DEPRESSÃO

Josilene CHAGAS^{1*}, Ana Maria Ferreira SOARES², Sara Nuss MELLO², Tiago Pacheco Brandão RIBEIRO², Edineth Vargas Rosestolato HOFFMAN² & Luis Fernando Gonçalves de CASTRO²

¹ Discente da Universidade Iguazu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

² Docentes da Universidade Iguazu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

*josichagas@ig.com.br

RESUMO

A depressão é reconhecida como um problema de saúde pública. É um dos processos patológicos com maior frequência na atenção primária. Este trabalho se justifica pela necessidade de se entender que a depressão é uma patologia grave e que merece mais atenção nas redes básicas de saúde e entre os profissionais de enfermagem. Diante das complexidades do conteúdo abordado levanta-se a seguinte questão-problema: a enfermagem, através dos seus enfermeiros, entende que a depressão é de fato uma patologia que necessita de seus cuidados? Desta forma estabelece como objetivo geral: apontar os benefícios decorrentes de uma integração dos cuidados de enfermagem e psicoterapia e como objetivos específicos: fazer uma análise epidemiológica do transtorno depressivo, identificar seus principais sinais e sintomas, apresentar os principais psicofármacos usados atualmente, no transtorno depressivo e implementar os cuidados de enfermagem junto ao cliente. Foi utilizada como metodologia uma abordagem qualitativa de caráter descritivo exploratório utilizando uma pesquisa de campo direcionada aos enfermeiros da rede básica de saúde através de uma entrevista semi-estruturada. O presente estudo evidencia a importância do enfermeiro na assistência ao paciente com diagnóstico de depressão e mais especificamente conhecer a referida patologia em seu conceito, incidência, complicações, assistência de enfermagem, tratamento, prevenção além das políticas públicas que a inserem na saúde mental, apontando a importância do enfermeiro e da família no apoio ao paciente com depressão e descrevendo ações estratégicas para inseri-lo na sociedade no intuito de proporcionar-lhes melhor condição e qualidade de vida e saúde.

Palavras chave: depressão, assistência de enfermagem, qualidade de vida.

ABSTRACT

Depression is recognized as a public health problem. It is one of the pathological processes more often in primary care. This work is justified by the need to understand that depression is a severe disease that deserves more attention in the basic networks and health among nursing professionals. Faced with the complexities of content addressed arises the question-problem: nursing, through its nurses understand that depression is actually a condition that needs your care? Thus establishes the general objective: to point out the benefits of the integration of nursing care and psychotherapy and the following objectives: to make an epidemiological analysis of depressive disorder, identify their main signs and symptoms, present the main psychoactive drugs currently used in depressive disorders and implement nursing care with the client. It was used as a qualitative methodology approach using exploratory descriptive field research directed at the primary health care system nurses through a semi-structured interview. This study highlights the importance of nurses in patient care with a diagnosis of depression and more specifically meet the said disease in its concept, incidence, complications, nursing care, treatment, prevention beyond public policies that fall under mental health, pointing the importance of the nurse and the family in supporting the patient with depression and

outlining strategic actions to insert it in society in order to provide them with better conditions and quality of life and health.

Key words: depression, nursing care, quality of life.

1 Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2020 a depressão será a doença mais incapacitante em todo o mundo e a segunda causa de morte mundial por doença, após doenças coronárias. Os dados são muito preocupantes e refletem o alcance desta doença. A depressão é reconhecida como problema de saúde pública. É um dos processos patológicos com maior frequência na atenção primária. Afeta a população em geral, sendo altamente incapacitante e interferindo de modo decisivo e intenso na vida pessoal, profissional, social e econômica dos portadores. É potencialmente letal, pois, em casos graves, existe o risco contínuo de suicídio. Muitas pessoas sofrem em silêncio, seja porque não consultam, seja porque os profissionais não diagnosticam, nem tratam adequadamente, ressaltando a importância da enfermagem (SILVA, 2003, p.7).

Diante da complexidade do conteúdo abordado levanta-se a seguinte questão-problema: a enfermagem, através dos seus enfermeiros, entende que a depressão é de fato uma patologia que necessita de seus cuidados? Desta forma estabelece como objetivo geral: apontar os benefícios decorrentes de uma integração dos cuidados de enfermagem e psicoterapia. Objetivos específicos: fazer uma análise epidemiológica do transtorno depressivo, identificar seus principais sinais e sintomas, apresentar os principais psicofármacos usados atualmente, no transtorno depressivo e desenvolver os cuidados de enfermagem junto ao cliente. Este trabalho se justifica pela necessidade de se entender que a depressão é patologia grave e que merece mais atenção nas redes básicas de saúde e entre os profissionais de enfermagem.

Desta forma a referida pesquisa contribui para estudos na área de saúde, especificamente no campo de saúde mental, com maior enfoque nos profissionais de enfermagem, não deixando de contribuir também em outras áreas como a psicologia e assistência social, visando um trabalho de forma conjunta, multiprofissional, oferecendo ao paciente uma assistência mais qualificada e específica permitindo tratamento. Além dos profissionais envolvidos no processo de reabilitação de pacientes com depressão, a família é a esfera mais próxima dessas pessoas e são comumente convocadas a prestar cuidados juntamente com os profissionais, uma vez que, a sobrecarga relacionada aos cuidados para os familiares poderia entrar em choque devido ao desgaste e acabar comprometendo uma importante ligação na reabilitação.

Segundo Silva (2003, p.11), o enfermeiro é, ou deveria ser o profissional de saúde que mais entra em contato com o cliente no atendimento primário de saúde. Entretanto, observou-se que os mesmos, em atividade na rede básica de saúde (atenção primária), não estão preparados para dar a devida atenção ao portador de transtorno mental, apesar de apresentarem conhecimento teórico sobre a doença. O presente estudo evidencia a importância do enfermeiro na assistência ao paciente com diagnóstico de depressão e mais especificamente conhecer a referida patologia em seu conceito, incidência, complicações, assistência de enfermagem, tratamento, prevenção além das políticas públicas que a inserem na saúde mental, apontando a importância do enfermeiro e da família no apoio ao paciente com depressão e descrevendo ações estratégicas para inseri-lo na sociedade no intuito de proporcionar-lhes melhor qualidade de vida e saúde.

A construção deste trabalho foi feita primeiramente com revisão de literatura, em livros, artigos, revistas, internet, onde as buscas foram realizadas para adquirir mais conhecimento na área de saúde mental, especialmente na questão que envolve a depressão e, em um segundo

momento, visando uma abordagem qualitativa da assistência de enfermagem, foi realizada a efetivação do assunto através de pesquisa de campo por meio de entrevista direcionada aos enfermeiros atuantes da rede básica de saúde do município de Itaperuna / RJ, onde foram avaliados seus conhecimentos e suas qualificações profissionais sobre a depressão, além de sua percepção como problema de saúde pública.

2 Materiais e Métodos

Este estudo tem uma abordagem quantitativa e, de acordo com Cabral e Tyrreli (1998, p. 18-19), pesquisa qualitativa aplicada à enfermagem conta com uma variedade de métodos e técnicas que possibilitam o desvendar dos problemas emergentes do cotidiano da sua prática.

Neste trabalho optou-se por realizar pesquisa do tipo descritiva e exploratória e o método utilizado foi estudo de caso.

De acordo com Gil (1998, p. 58-59), o estudo de caso —é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira que permita o seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante os outros delineamentos considerados.

A presente pesquisa foi realizada em 11 unidades de serviços de saúde na rede básica de saúde. Foram entrevistados seis enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde em cada local (Guaritá, Frigorífico, Cehab, Surubi, Aeroporto e São Matheus), um na Secretaria Municipal de Saúde, dois na ASAPI (Asilo), três no Centro de Saúde Raul Travassos um em cada setor (Vigilância Epidemiológica, Centro de Triagem e Aconselhamento, Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS) e um no Centro de Atenção Psicossocial do Município de Itaperuna/RJ, no período de março a abril de 2013. A escolha teve por base o número significativo de enfermeiros atuantes na rede básica de saúde desse município e a importância de sua atuação no quadro de depressão, revertendo essa problemática que tanto nos assola.

A pesquisa foi realizada nestes setores de saúde, localizados no município de Itaperuna, estado do Rio de Janeiro, os sujeitos da pesquisa foram 20 enfermeiros, de ambos os sexos, que trabalham nestes locais alvos da pesquisa, onde responderam uma entrevista de acordo com um roteiro pré-estabelecido. Selecionamos 13 enfermeiros que prestam assistência direta e/ou indireta na rede básica de Saúde do município e todos colaboraram.

Utilizou-se para efetivar a pesquisa uma entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados, na tentativa de alcançar os objetos específicos propostos. Neste sentido vale destacar que a entrevista semiestruturada foi realizada pessoalmente com o sujeito da pesquisa, o enfermeiro, contendo nove questões abertas, nas quais o entrevistador se utiliza de certa liberdade para avaliar a importância da assistência prestada ao paciente depressivo, o conhecimento e qualificação para assistir esta patologia e forma de detecção precoce, visando qualidade de vida, de saúde e de integração social. A autorização para realização da pesquisa na Instituição e o consentimento livre e esclarecido dos pacientes que participaram desta foi conforme prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

3 Resultados e Discussão

Ao analisar a importância do enfermeiro na assistência ao paciente com depressão no intuito de avaliar se o atendimento no serviço oferecido no município de Itaperuna ocorre de forma satisfatória no que se refere à assistência de enfermagem, buscando sempre a qualidade e melhoria à assistência prestada e à qualidade de vida ao portador desta patologia. Foram selecionados como sujeitos da pesquisa os enfermeiros que atuam na rede básica dos serviços de saúde que se encontravam no Centro de Saúde Raul Travassos, Secretaria Municipal de Saúde,

Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centro de Apoio Psicossocial (CAPs), onde foram selecionados de forma aleatória para responderem uma entrevista semiestruturada.

Selecionamos as entrevistas realizadas e transcrevemos fazendo uma análise dos dados através dos questionamentos realizados, refletindo sobre os dados coletados tendo por base o referencial teórico, desta forma optou por analisar os dados do questionário por temáticas.

Em uma primeira análise do questionário utilizado na entrevista buscamos identificar a população pesquisada através da coleta de informações pessoais como seu nome, idade, endereço, bairro, cidade, escolaridade e data de realização da pesquisa.

Dos treze entrevistados que compõem 100% do total de pesquisados (99%) residem em Itaperuna, RJ e uma (1%) reside em Campos dos Goytacazes, RJ. Quanto à escolaridade dos treze, todos possuem ensino superior, porém poucos têm especialização. Dos treze quatro tem especialização e nove não possuem. Em relação à idade média dos entrevistados ficou de 25 a 40 anos, onde todos foram entrevistados no mesmo dia.

A relevância destes dados em nossa pesquisa parte da falta de especialização e da idade de 24 a 30 que possuem pouca experiência profissional, podendo haver dificuldades quanto à comunicação, dificuldades de orientar, ouvir ou inadequação do vocabulário a população que presta assistência podendo dificultar a assistência ao paciente depressivo.

Dos treze entrevistados, oito responderam que não tem capacitação profissional para atuar com tal paciente, o que corresponde a 73%, enquanto cinco dos entrevistados responderam que tem capacitação para atuar com pacientes deprimidos, o que corresponde a 27%. Com estes dados pode-se constatar que a maior parte da população pesquisada desconhece como abordar um paciente com depressão, isso pode estar ligado ao fato de apenas um ter especialização e conhecimento aprofundado sobre o tema da pesquisa e os demais deveriam saber, pois independente de especialização ou não a assistência desta patologia é uma realidade em nossa assistência, se requer tanta especialização e se esquece do básico a comunicação, relacionamento interpessoal que é a grande dificuldade em nossa realidade profissional e social.

A equipe multiprofissional deve ser capacitada, mas em nossa realidade não possui capacitação para a assistência ao paciente depressivo em sua detecção quanto mais em crise.

É fundamental um melhor acesso à informação e educação continuada, principalmente para os médicos não psiquiatras, pois a grande maioria acaba tendo a necessidade de diagnosticar e abordar os transtornos mentais (TENG; CEZAR, 2010, p. 14).

Neste caso, constata-se a necessidade de capacitação para toda a equipe multiprofissional que atende ao paciente depressivo desde o momento do acolhimento, como na consulta, alta, internação ou encaminhamento para serviços de referência em saúde mental.

A equipe deve conhecer toda a estrutura da rede de serviço em saúde mental do município, de forma que a tomada de decisão favoreça o menor risco ao paciente; inferindo-se que a depressão é considerada uma das causas de tentativa de suicídio.

Dos treze pesquisados somente 8% respondeu de forma adequada o que seria o conceito de depressão e 92% desconhecem o que é depressão.

Segundo Inácio, (2007, p.50)

Depressão é um transtorno que é caracterizado por baixa energia, sentimento de tristeza prolongado, irritabilidade, falta de interesse nas atividades diárias, perda de prazer, alteração no sono, dificuldade de concentração, pensamentos de morte, sentimentos de inutilidade e culpa. A depressão é uma doença mental caracterizada pela falta de vontade de viver; onde é caracterizada por vários sintomas, entre eles: falta de interesse, tristeza, desânimo, apatia, insegurança, choro persistente, negativismo, desesperança, irritabilidade, falta de concentração, auto-estima depreciada, sentimentos de culpa, sentimentos de impotência, idéias de suicídio, entre outras.

Dos treze pesquisados 23% responderam sim e 77% responderam que não admitindo constatando um desconhecimento que é uma realidade da assistência de enfermagem muitas vezes ignorada por alguns profissionais que preferem não atender. Em geral, os indivíduos depressivos são rotulados como preguiçosos, desinteressados, e outros inúmeros rótulos. Muitas vezes não se compreende que a depressão é uma doença e que precisa ser tratada. A própria equipe multiprofissional que atua nos serviços de saúde pode estar imbuída de preconceitos e crenças em relação à doença mental e a depressão (MONTGOMERY, 1997, p.54).

Dos treze pesquisados 23% responderam que se acham aptos no atendimento a paciente com depressão, porém 77% relatam saber suas atribuições, mas descrevem-se não aptos a atuarem no atendimento ao cliente com depressão talvez por demonstrarem um conhecimento restrito sobre o assunto caracterizando o desconhecimento sobre a patologia como problema social.

Transtornos como a depressão, onde com frequência o paciente procura o serviço de saúde reportando sintomas físicos inespecíficos, acabam subdiagnosticados e, conseqüentemente, subtratados. Estima-se que menos de um quarto desses casos sejam diagnosticados e tratados corretamente, comprometendo uma noção mais acurada sobre as reais necessidades desta clientela. Isso reforça a ideia de que profissionais especializados devem estar mais presentes nos serviços gerais de atenção em saúde.

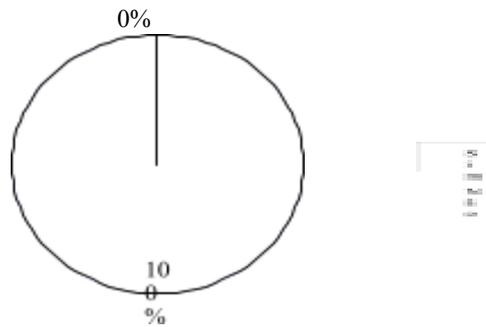
Segundo Ribeiro (2012, p.57), em estudos realizados em serviços específicos de saúde mental, a demanda calculada não traduz, necessariamente, a demanda que acessou estas unidades hospitalares pelo fato de muitos profissionais não estarem aptos a reconhecer sintomas específicos e efetuarem o encaminhamento adequado.

Dos treze pesquisados 100% responderam de forma generalizada indagando que a atuação do profissional qualificado e abordagem de forma qualificada com educação, informação, orientação e comunicação são significativas para promover qualidade de vida e saúde desse cliente o que condiz com uma atuação adequada no que se refere na conduta na assistência de enfermagem em todas as etapas.

Os pacientes com depressão, atendidos nem sempre são bem diagnosticados. O acolhimento pode ser iniciado na recepção, ouvindo quais os sintomas, causas da depressão e orientando o paciente. O profissional de saúde precisa muito saber trabalhar com pessoas e estar capacitado para tal atendimento (INÁCIO, 2007, p. 34).

A acessibilidade, a diversificação das ações, a existência de profissionais qualificados para atender à demanda em saúde mental, e a responsabilidade com a desmistificação/desconstrução do imaginário social acerca do ser louco e da loucura e da depressão, são outras características de uma rede de atenção articulada. A articulação destes serviços, equipamentos, saberes e práticas, cada um desempenhando adequadamente sua função dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica, contribui para o resgate pessoal e social do usuário na rede de atenção, conjuntamente com os profissionais de saúde, a família e a sociedade em geral (RAMOS; GUIMARAES; ENDERS, 2011, p. 4).

Enquanto profissional de enfermagem você considera que as crenças diante da depressão podem interferir em sua assistência?

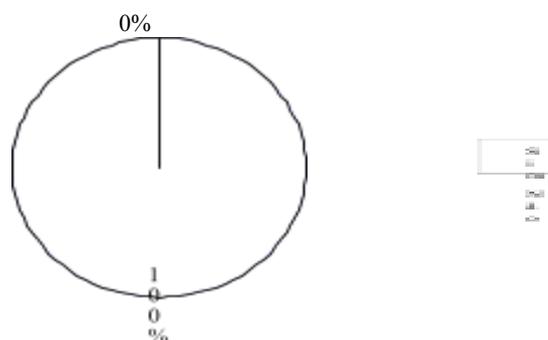


Dos treze pesquisados 100% responderam sim demonstrando como os psicológicos dos profissionais que atuam e que ainda vão atuar devem ser bem trabalhados quanto sua ética profissional e atribuições inerentes ao seu processo assistencial.

Na sociedade em geral, os indivíduos depressivos são rotulados como preguiçosos, desinteressados, e outros inúmeros rótulos. Muitas vezes não se compreende que a depressão é uma doença. A depressão é uma doença que compromete pensamento e linguagem, o corpo e humor. Ela afeta a forma como a pessoa se alimenta e dorme como se sente em relação a si própria e como pensa sobre as coisas. A depressão traz muitos danos à vida da pessoa e à própria família, pois aquela perde o interesse de viver, de trabalhar, de se relacionar com outras pessoas, praticamente não sentindo mais prazer na prática de quaisquer atividades (INÁCIO, 2007, p. 34).

Os transtornos depressivos são um grave problema de saúde pública, pela alta prevalência na população, e grande impacto na morbidade, mortalidade e qualidade de vida dos afetados. Apesar disso, a maioria dos pacientes segue sem diagnóstico ou sem tratamento adequado. Dificuldades diagnósticas como o reconhecimento da bipolaridade em pacientes depressivos e os preconceitos em relação às doenças mentais, por parte de pacientes e médicos, devem ser conhecidas e contornadas na prática clínica (TENG; CEZAR, 2010, p. 14).

Para você como profissional de enfermagem achou válida a entrevista sobre esta temática?



Dos treze pesquisados 100% acharam válida esta entrevista quanto ao tema abordado como forma de possibilitar melhorias na qualidade assistencial e de vida para a população alvo desta patologia.

A depressão recomenda adequação das políticas de prevenção e assistência dos SUS, de modo à melhor contemplar esses agravos. Priorizar atendimentos em doenças mentais, atualmente de difícil acesso pelo Sistema Único de Saúde deve ser expandido. Essas condutas resultariam em melhoria da qualidade de vida dos segurados e em redução de custos com benefícios previdenciários (INÁCIO, 2007, p.34).

5 Conclusão

Diante do referencial e das respostas dos enfermeiros entrevistados no município de Itaperuna / RJ, conclui-se que estes não se encontram qualificados e/ou aptos ao atendimento assistencial aos portadores de transtorno depressivo; percebe-se ainda que a enfermagem, através de seus enfermeiros, não entende a depressão como patologia cujos portadores estão em todos os lugares da sociedade – escolas, clínicas, hospitais em geral e que necessitam de atendimento qualificado e especializado em Enfermagem Psiquiátrica para acolher, reconhecer e intervir adequadamente.

É importante preparar e capacitar os enfermeiros no atendimento dos pacientes com depressão. De maneira a orientá-los e encaminhá-los de forma efetiva. O cuidado terapêutico nestes casos é mais do que o preparo técnico - permeia o cuidado ético e humano.

Há muito que mudar. Esta pesquisa possibilita a reflexão sobre a importância do enfermeiro na assistência do paciente com depressão vindo como é relevante quando assume com consciência o seu papel assistencial e como o mesmo é capaz de possibilitar através de sua atuação melhorias na qualidade de vida destes pacientes, sabe-se que existem muitos desafios e dificuldades visualizadas no processo, mas temos que aplicar a enfermagem, deixando de ver esta patologia somente com foco curativa, mas levando em conta os vários aspectos que potencializam sua incidência, mudando crenças, se qualificando e acolhendo de acordo com os princípios da Política Nacional de Humanização.

6 Referências

- ANDRADE, M. V. M.; SANTOS, A. R. **Gestão de pessoas no serviço público federal: o caso do Núcleo de Documentação da Universidade Federal Fluminense**. In: Seminário Nacional de Bibliotecas Universitárias, 2004, Natal, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CID – 10 **Classificação Internacional das doenças e problemas relacionados à saúde**. São Paulo: EDUSP; 1997.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Editora Artmed. p. 106. 2000.
- DEL PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, p. 06-11, 1999.
- DSM - IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
- ESTEVES, Fernanda Cavalcante e GALVAN, Alda Luiza. **Depressão numa contextualização contemporânea**. Aletheia [online]. 2006, n.24, pp. 127-135. ISSN 1413-0394. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n24/n24a12.pdf>
- GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. SP: Atlas, 2002.
- GINZBURG, J. **Conceito de melancolia**. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 20, 2001. 102-116p.
- GONÇALVES, CAV; MACHADO, AL. **Depressão, o mal do século**. Rio de Janeiro: Revista de Enfermagem – UERJ, 2007. Abr/jun; 15(2).28-104 p.
- HASHIMOTO, F. **Vivências de perdas em uma empresa familiar**. 2005 156 f. Tese (Livre docência em Orientação Profissional). Assis: Faculdade de Ciências e Letras da UNESP de Assis, 2005.
- HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 565 p.
- INÁCIO, Luzia Vargas. **Assistência à saúde prestada aos usuários do SUS com diagnóstico de depressão**. 2007. 69 f. Monografia (Pós-graduação em Saúde Coletiva). Universidade do Extremo Sul Catarinense – NESC.
- KENDELL, R.; JABLENSKY, A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. **Am J Psychiatry**.2003; 160(1): 4-12.
- MÁXIMO, G. C. Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil. 2010 p. 14, 15 e 29. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br>.

MICHELON, L.; CORDEIRO, Q.; VALLADA, H. Depressão. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v.65, 2008. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=3944&fase=imprime> Acesso em: 18 de fevereiro de 2012.

MINAYO, M. C. D. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: OMS 2004.

MONTGOMERY, S. **Confrontando La Depression**. Guía del médico. New York: Pfizer Internacional; 1997.

OLIVEIRA, I. R.; LIMA, P. A. P. Utilidades e limitações do uso de diretrizes no tratamento da depressão. São Paulo, 2003 **Revista brasileira de psiquiatria**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462003000200002&lng=pt&nr m=iso&tlng=pt; Acesso em: 16 Fev. 2010.

OPAS/OMS. **Programa de Salud Mental, División de Promoción de Salud**. Modelo para la capacitación de la enfermería general en la identificación y manejo de los transtornos afectivos. Generalista I; 1997.

Organização Mundial de Saúde. Disponível em <http://www.who.int/world-health-day/2004/archives/en/>. Acesso em 10 de março de 2013.

PERES, U. T. **Depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2003.

RIBEIRO, José Mendes; INGLEZ-DIAS, Aline. **Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS**. Ciênc.saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, Dez. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br> Acesso 02 Março 2013.

SILVA, M.C.F; FUREGATO, A.R.F; LOBO, M.C Jr. Depressão: pontos de vista e conhecimento do enfermeiro da rede básica de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2003 janeiro-fevereiro; 11(1): 7-13.

SOLOMON, A. **O Demônio do Meio Dia – uma anatomia da depressão**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.p.22- 27.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica**. 4.ed Rio de Janeiro: Reichmann& Affonso editores, 2002.

TAYLOR, CeceliaMonat. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. 13º ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p.15

TEIXEIRA, M. A. R. **Melancholiaanddepression: a conceptual andhistoricalreview saúde no Brasil**. Tese. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, 2006. p.62-66.

TENG, C. T.; CEZAR, L. T. S. **Depressão**. Revista Brasileira de Medicina, São Paulo, v. 67, 2010. Disponível em: < <http://www.moreirajr.com.br/revista.asp?fase=roo3&idmateria=4526> > Acesso em: 14 de fevereiro de 2013.

TRAVELBEE, J. **Intervención em enfermeria psiquiátrica**. Colombia: Carvajal; 1982.

VIEIRA, K. F. L. COUTINHO, M. da P. de L. **Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia**. Universidade Federal da Paraíba, 2008.p.39-70. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/pos_psi/pdf/dissertacoes/kay_francis_leal_vieira_2008.pdf > Acesso em: 14 Mar. 2013.

Wikiquote. Desenvolvido pela Wikimedia Foundation. Apresenta conteúdo enciclopédico.

Disponível

em:

<http://www.wikiquote.org/w/index.php?title=Florence_Nightingale&oldid=129972> Acesso em: 14 Mar. 2013.

DISPENSAÇÃO DE AGENTES INIBIDORES DA ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA E BLOQUEADORES DOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA II: ESTUDO COMPARATIVO

Philipe Nogueira de CASTRO¹, Luciana de Oliveira FUMIAN², Rondinelli de Carvalho LADEIRA², Josyleide Ribeiro Dutra de SOUZA², Carlos Rubens Ponchini CARVALHO² & Denise Aparecida da SILVA^{2*}

¹ Farmacêutico com graduação na Universidade Iguazu - UNIG, Campus V, Itaperuna, Rio de Janeiro, Brasil.

² Professores do Curso de Farmácia, Universidade Iguazu - UNIG, Campus V, Itaperuna, Rio de Janeiro, Brasil.

*E-mail: dearasp@yahoo.com.br

RESUMO

Um estudo foi realizado em uma farmácia popular localizada no município de Palma, estado de Minas Gerais, referente à dispensação de fármacos da classe dos Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) e dos Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina II (BRAs) durante o período de setembro de 2011 a agosto de 2012. O objetivo da pesquisa foi comparar a dispensação de ambas as classes de medicamentos. No total foram dispensados 201.596 comprimidos dos princípios ativos pertencentes à classe dos IECA e BRAs, sendo 111.527 comprimidos de losartana (55,32%) e 90.069 comprimidos de captopril e enalapril (44,68%). Dentre os IECA, o captopril apresentou a distribuição total de 75,25% e o enalapril de 24,75%. Foram avaliadas também as dispensações mensais de cada um dos princípios ativos. De acordo com a metodologia utilizada, pode-se concluir que a losartana apresenta maior dispensação quando comparada aos IECA; o captopril apresenta maior dispensação em relação ao enalapril; houve uma queda na dispensação do captopril, enalapril e losartana ao longo do último ano (setembro de 2011 a agosto de 2012), sendo que a maior queda na dispensação foi da losartana.

Palavras-chave: IECA, BRAs, captopril, enalapril, losartana.

THE DISPENSING OF INHIBITORS OF ANGIOTENSIN CONVERTING ENZYME AND THE BLOCKERS OF ANGIOTENSIN II RECEPTORS: COMPARATIVE STUDY

A study was conducted at a popular pharmacy located in the municipality of Palma, Minas Gerais, regarding the dispensation of drugs of the class of inhibitors of Angiotensin Converting Enzyme (ACE) and the blockers of Angiotensin II Receptor (ARBs) during the period of September of 2011 to August 2012. The objective of the research was to compare the dispensation of both drug classes. In total were dispensed 201,596 tablets of active principle belonging to the class of ACE inhibitors and ARBs, being 111,527 tablets of losartan (55.32%) and 90,069 captopril tablets and enalapril (44.68%). Among the ACE inhibitor, captopril presented a total distribution of 75.25% and for enalapril it was 24.75%. It was also assessed monthly the dispensation of each of the active principle. According to the methodology used, one can conclude that losartan has a greater dispensation compared to ACE inhibitors; captopril presents greater dispensation compared to enalapril; there was a drop in the dispensation of captopril, enalapril and losartan during the last year (September 2011 to August 2012), being the largest decrease in the dispensation of losartan.

Keywords: ACE inhibitors, ARBs, captopril, enalapril, losartan.

1 Introdução

Os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) impedem a conversão de angiotensina I em angiotensina II que é um vasoconstritor potente, diminuindo seus efeitos sobre a pressão arterial enquanto que efeitos semelhantes são provocados pelos antagonistas dos receptores AT1 da angiotensina II, representados pela losartana (LONGO et al., 2011). Tais drogas podem ser classificadas em três grandes grupos conforme sua estrutura química, a saber: um grupo sulfidril, representado por fármacos estruturalmente relacionados com o captopril, outro grupo são os inibidores da ECA contendo grupo dicarboxila, com estrutura relacionada ao enalapril e um terceiro grupo de inibidores da ECA contendo fósforo, com estrutura relacionada ao fosinopril (NEVES et al., 2006). Os IECA, atualmente, fazem parte de um contingente terapêutico de primeira linha no tratamento da hipertensão arterial e da terapia cardioprotetora. Tais drogas reduzem a formação de Angiotensina II, conseqüentemente reduzindo também a formação de aldosterona e, portanto, reduzem também a ativação dos AT1R e AT2R (receptores tipo 1 e 2 da angiotensina II), não deixando que ocorra a metabolização da bradicinina endógena. A bradicinina é um potente agente vasodilatador, natriurético e antiproliferativo, mas que pode ser o responsável pelo desenvolvimento de angioedema associado ao uso dos IECA (SALGADO et al., 2011).

Os IECA reduzem o risco de óbito, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico em pacientes com doença coronariana. Além de seus efeitos como anti-hipertensivos, por meio dos efeitos protetores no leito vascular, agem também como anti-isquêmicos (RADAELLI et al., 2011). A tosse tem fundamental importância na remoção das secreções respiratórias, constituindo, assim, um dos mecanismos de defesa pulmonar. Na procura de assistência médica em casos de tosse, em até 3% dos casos, os causadores são os IECA, sendo que o aparecimento da tosse pode ocorrer em horas a meses após a sua introdução e é explicada pelo acúmulo de substância P, bradicinina e prostaglandina que estimulam as fibras —C1 na mucosa respiratória. Foi relatado que 3 a 20% dos pacientes que utilizam essa medicação apresentam tosse, não sendo dose-dependente e podendo ocorrer com qualquer tipo de IECA (captopril, enalapril, lisinopril, ramipril, benazepril, fonosipril e outros). Um fator determinante para a confirmação do diagnóstico é a melhora da tosse após a suspensão da droga que pode demorar até quatro semanas (JACOMELI et al., 2003). Um estudo controlado de oito semanas referente à incidência de tosse em pacientes hipertensos sob tratamento com um IECA revelou que após substituição, as incidências de tosse relatadas pelos pacientes tratados com losartana ou por um agente sem ação no SRAA, a hidroclorotiazida, foram semelhantes e significativamente menores em comparação ao ocorrido quando os pacientes foram submetidos à nova exposição a um IECA. Além disso, em uma análise global considerando 16 estudos clínicos duplo-cegos realizados em 4.131 pacientes, a incidência de tosse em pacientes tratados com losartana foi semelhante (3,1%) à de pacientes tratados com o placebo (2,6%) ou com a hidroclorotiazida (4,1%), enquanto que a incidência com IECA foi de 8,8% (RAMOS; CASALI, 2012).

Os bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRAs) agem de forma seletiva por meio da inibição da atividade da angiotensina II sobre os receptores AT1, promovendo seu bloqueio com efeitos vasculares semelhantes aos IECA. Porém, os BRAs não atuam sobre o sistema cinina-caliceína e a ausência de acúmulo de cininas poderia ser responsável pela ausência de reações adversas como a tosse, comum aos IECA (CAMARGO et al., 2006; SANTOS; BITTENCOURT, 2008). Os IECA e os BRAs têm em seu uso clínico muitas semelhanças, tendo benefícios semelhantes, e os BRAs correspondem a uma alternativa interessante para pacientes que apresentam tosse com o uso de IECA (POLÓNIA et al., 2006; SANTOS; BITTENCOURT, 2008). Considerando-se o amplo uso de tais medicamentos e as características vantajosas dos BRAs sobre os IECA, o objetivo geral desta pesquisa foi avaliar de forma comparativa a dispensação de fármacos da classe dos IECA em relação aos BRAs.

2 Metodologia

Os arquivos de uma farmácia popular no município de Palma, estado de Minas Gerais foram avaliados durante o período de setembro de 2011 a agosto de 2012, a fim de verificar a dispensação de fármacos da classe dos IECA e dos BRAs, incluindo-se a avaliação dos princípios ativos específicos de cada classe. Previamente ao início da pesquisa foi disponibilizado um termo de autorização ao proprietário e responsável pelo estabelecimento comercial, com o intuito também de explicar o procedimento a ser realizado.

Os resultados foram avaliados através de estatística descritiva, de acordo com Guedes et al. (2012). Segundo os autores, a estatística subdivide-se em três áreas: descritiva, probabilística e inferencial. A estatística descritiva, como o próprio nome já diz, preocupa-se em descrever os dados, e seu objetivo básico é o de sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo dessa forma que se tenha uma visão global da variação desses valores, organiza e descreve os dados de três maneiras: por meio de tabelas, de gráficos e de medidas descritivas.

3 Resultados

No período estudado foram distribuídos no total 201.596 comprimidos dos princípios ativos pertencentes à classe dos IECA e BRAs, sendo 111.527 comprimidos (55,32%) de losartana, pertencente à classe dos BRAs e 90.069 comprimidos (44,68%) de captopril e enalapril, da classe dos IECA, considerando-se o atendimento direto ao cliente (Figura 1).

Dentre os IECA, o captopril apresentou a distribuição total de 67.780 e o enalapril de 22.289 comprimidos, perfazendo 75,25% e 24,75% da dispensação dos IECA, respectivamente (Figura 2). Da classe dos BRAs, o único representante disponibilizado pela farmácia popular é a losartana. Ao se avaliar a dispensação mensal comparativa ao longo do período estudado, constatou-se que o captopril e a losartana apresentaram diminuição na dispensação a partir de setembro de 2011, enquanto que o enalapril manteve a mesma dispensação ainda no mês de outubro e então também apresentou queda na dispensação. A losartana foi o princípio ativo que apresentou maiores índices de queda, que ocorreram nos meses de fevereiro, maio e agosto. O captopril superou a losartana nas dispensações nos meses de fevereiro, março e agosto, sendo que as dispensações mais baixas que ocorreram para o captopril deram-se nos meses de abril e julho, conforme figura 3.

Comprimidos dispensados (%)

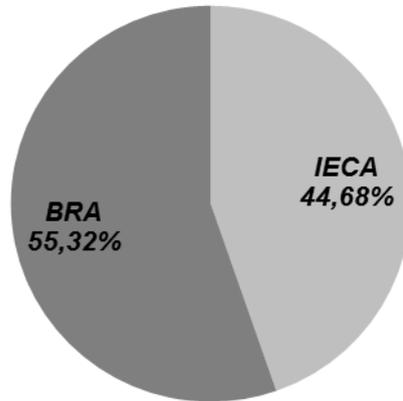


Figura 1. Número de comprimidos dispensados (em valores percentuais) de fármacos da classe dos IECA e BRAs, durante o período de setembro de 2011 a agosto de 2012.

Comprimidos dispensados (%)

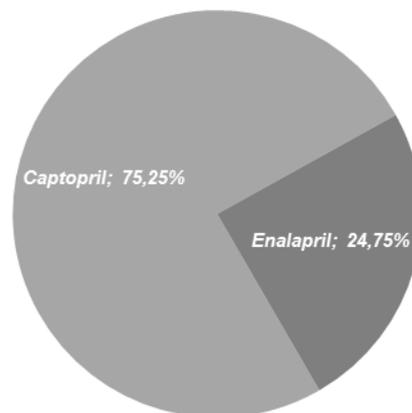


Figura 2. Número de comprimidos dispensados (em valores percentuais) dos fármacos da classe dos IECA, durante o período de setembro de 2011 a agosto de 2012.

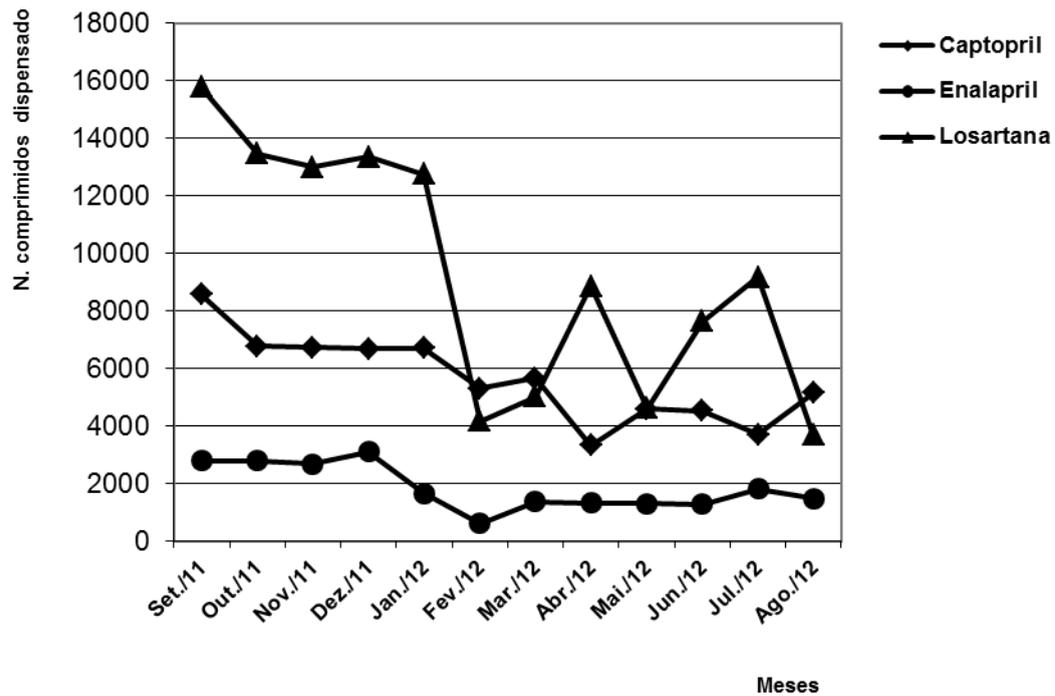


Figura 3. Número de comprimidos dispensados de captopril, enalapril e losartana durante o período de setembro de 2011 a agosto de 2012.

Comparando-se as dispensações dos três princípios ativos no primeiro mês de avaliação (setembro de 2011) com as do último mês (agosto de 2012) pode-se constatar uma queda de 39,98% para o captopril e de 46,63% e 76,68% para o enalapril e a losartana, respectivamente (Figura 4).

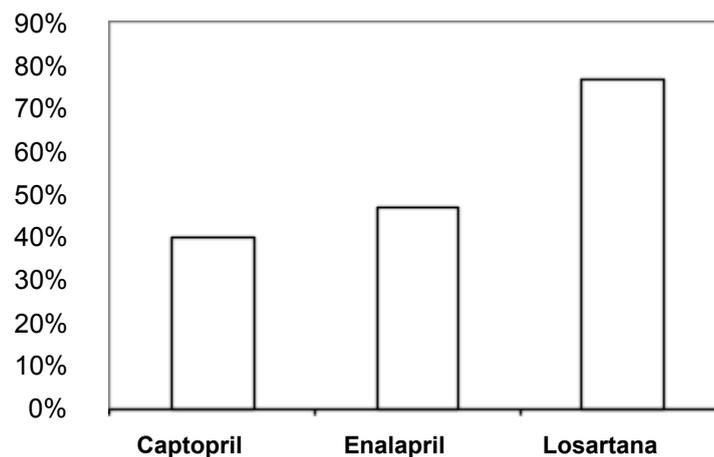


Figura 4. Percentual de queda nas dispensações de captopril, enalapril e losartana comparando-se o primeiro e último meses do estudo (setembro de 2011 e agosto de 2012).

4 Discussão

Como o captopril foi o primeiro medicamento com atuação no SRAA a ser introduzido, tal princípio ativo foi durante muito tempo a primeira opção na prescrição para o tratamento da hipertensão ao se considerar os medicamentos com alvos diferenciados de ação, mas com a introdução dos BRAs e, em especial pela menor ocorrência de tosse seca, ele foi sendo gradativamente substituído pela losartana, a qual vem tendo uma aceitação muito favorável pelos pacientes em tratamento, fortalecendo ainda mais essa substituição no momento da prescrição. Desta forma, os médicos estão prescrevendo losartana primeiro, o que explica a maior dispensação da droga no estudo realizado. No entanto, a literatura ainda cita que o uso dos BRAs é alternativo aos IECA, havendo necessidade de maior associação do uso das drogas quanto às suas características farmacológicas e seu uso na prática clínica.

Na classe dos IECA, o captopril teve uma dispensação maior e ainda vem sendo mais utilizado do que o enalapril, mesmo sendo da mesma classe e tendo o mesmo mecanismo de ação, nesse período estudado a dispensação de captopril foi superior em todos os meses analisados. Novamente tal resultado se dá, provavelmente, pela introdução do captopril primeiro, que ganhou espaço no mercado e foi também o primeiro da classe a ser disponibilizado nas farmácias populares. A principal diferença entre o enalapril e captopril deve-se à maior meia-vida do primeiro, o que pode proporcionar melhor controle da pressão arterial do paciente. Sendo assim, é possível que um mesmo paciente não tenha sua PA controlada adequadamente com captopril e ao se realizar a substituição pelo enalapril os níveis pressóricos se normalizam. Ao se comparar a classe dos IECA aos BRAs, além da tosse seca, uma outra diferença é importante e pode explicar a melhor eficácia de tal classe no controle da hipertensão arterial. Ocorre que os IECA não bloqueiam a formação da angiotensina II através de vias alternativas, sendo assim, uma quantidade desse peptídeo ainda é capaz de exercer suas ações em ambos os receptores AT1 e AT2, o que reduz seu efeito hipotensor. Por outro lado, há indícios de que os BRAs promovam um completo bloqueio da ação da angiotensina II sobre os receptores AT1, responsáveis pelas principais ações do hormônio (FEITOSA; CARVALHO, 2000). Além disso, os BRAs apresentam boa tolerabilidade e consequente adesão ao tratamento relacionados à baixa incidência de efeitos colaterais (RAMOS; CASALI, 2012).

No entanto, um aspecto a ser questionado refere-se à disponibilização apenas da losartana dentre os representantes dos BRAs na farmácia popular. Estudos indicam que nesta mesma classe podem existir fármacos com efeitos adicionais e benéficos que não têm relação com o bloqueio dos receptores AT1, estando tais efeitos associados às suas diferentes configurações moleculares. Dentre tais efeitos são citados: a estimulação de PPAR γ e consequente redução nos casos de diabetes tipo II exercida pela telmisartana principalmente, seguida pela irbesartana e metabólitos da losartana; aumento da sensibilidade à insulina em pacientes em diálise peritoneal sob tratamento com telmisartana; proteção à aterosclerose (telmisartana) e, ainda, inibição da agregação plaquetária (losartana, valsartana e irbesartana) e redução do efeito vasoconstrictor induzido pelo tromboxano A2 (REID, 2005; RIBEIRO, 2007; FUKUDA et al., 2010). E, de forma ainda mais específica, a olmesartana é considerada o fármaco da classe com melhor potencial na redução dos níveis pressóricos, o que está atribuído ao aumento da expressão da ECA2 (com consequente aumento da conversão de angiotensina II em angiotensina 1,7 com efeito vasodilatador) bem como ao bloqueio não competitivo dos receptores AT1, o que não ocorre com os demais medicamentos da classe (MIRE et al., 2005; RIBEIRO, 2007). O tratamento com olmesartana está associado a menores riscos de eventos cardíacos e menor utilização de recursos de saúde e custos quando comparado aos outros medicamentos de sua classe (SWINDLE, 2011).

Durante o estudo foi verificada uma queda nas dispensações de modo geral e maiores quedas em alguns períodos específicos, e uma das razões levantadas poderia ser a introdução do Programa do Governo Federal —Aqui tem Farmácia Popular e —Saúde não tem Preço, que passou a credenciar Farmácias e Drogarias particulares, as quais passaram a disponibilizar os

medicamentos para hipertensão com gratuidade para os pacientes que apresentam suas receitas médicas e documentação exigidas. Desta forma, aumentou a concorrência e, conseqüentemente, a queda na dispensação. Outro ponto que pode estar relacionado é que depois de um tempo de tratamento o paciente tem uma melhora nos seus sintomas referentes às alterações na sua pressão arterial e muitos pacientes, erroneamente, abandonam o seu tratamento podendo apresentar, no futuro, uma piora em seu quadro clínico. Muitos profissionais prescritores podem mudar a prescrição do medicamento que vinha sendo utilizado pelo paciente por outro medicamento de uma outra classe não disponibilizada na farmácia popular, levando também a uma queda na dispensação. Outro fator que pode ter contribuído para essas mudanças quanto ao medicamento de escolha, seria que devido à carência de médicos especialistas no município estudado, alguns pacientes optam por fazer suas consultas em outras cidades e como consequência o receituário sofre algumas mudanças nos medicamentos prescritos, ou seja, dependendo da região alguns medicamentos são mais ou menos receitados. Vale ressaltar a grande variação observada em relação à losartana, que apresentou o maior índice de queda nas dispensações, apesar de sua comprovada superioridade em relação aos IECA, pelos motivos já expostos.

5 Conclusões

De acordo com a metodologia utilizada pode-se concluir que dentre os medicamentos com atuação no SRAA disponibilizados pela farmácia popular a losartana apresenta maior dispensação; o captopril apresenta maior dispensação em relação ao enalapril; houve uma queda na dispensação do captopril, enalapril e losartana ao longo do último ano (setembro de 2011 a agosto de 2012), sendo que a maior queda na dispensação foi da losartana.

6 Referências

- CAMARGO, E. G.; WEINERT, L. S.; LAVINSKY, J.; SILVEIRO, S. P. Prática clínica: nefropatia diabética e bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, Ano XV, n. 8, p. 08, 2006.
- FEITOSA, G.S; CARVALHO, E.N. Sistema renina-angiotensina e insuficiência cardíaca: o uso dos antagonistas do receptor da angiotensina II. **Rev Bras. Hipertens**, v. 7, n. 3, p. 250-54, 2000.
- FUKUDA, D.; ENOMOTO, S.; HIRATA, Y; NAGAI, R.; SATA, M. The angiotensin receptor blocker, telmisartan, reduces and stabilizes atherosclerosis in ApoE and AT1aR double deficient mice. **Biomed Pharmacother**, v. 64, n. 10, p. 712-717, 2010.
- GUEDES, T. A.; MARTINS, A. B. T.; ACORSI, C. R. L.; JANEIRO, W. **Projeto de Ensino Aprender Fazendo Estatística**. 49 p., 2012. Disponível em: http://www.tecnicodepetroleo.ufpr.br/apostilas/matematica/estatistica_descritiva.pdf Acesso em 17 de set. de 2012.
- JACOMELLI, M.; SOUZA, R.; JÚNIOR, W. L. P. Abordagem diagnóstica da tosse crônica em pacientes não-tabagistas. **J Pneumol.**, v. 29, n. 6, p. 413 - 420, 2003.
- LONGO, M. A. T.; MARTELLI, A.; ZIMMERMANN, A. Hipertensão Arterial Sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de Psicogeriatria do Instituto Bairral de Psiquiatria, no Município de Itapira, SP. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 14, n. 2, p. 271-284, 2011.

MIRE, D.E.; SILFANI, T.N.; PUGSLEY, M.K. A review of the structural and functional features of olmesartan medoxomil, an angiotensin receptor blocker. **J. Cardiovasc. Pharmacol.**, v. 46, p. 585-93, 2005.

NEVES, R. A. M.; CAMPOS, T.; MARQUEZ, U. M. L. Modulação da Pressão Arterial por Hidrolisados Protéicos. **Braz. J. Food Technol., III JIPCA**, p. 81-86, 2006.

POLÓNIA, J.; RAMALHINHO, V.; MARTINS, L.; SAAVEDRA, J. Normas sobre Detecção, avaliação e tratamento da hipertensão arterial da sociedade portuguesa de hipertensão **Rev Port Cardiol.**, v. 25, n. 6, p. 649-660, 2006.

RADAELLI, G.; BODANESE, L. C.; GUARAGNA, J. C. V. C.; BORGES A. P.; GOLDANI, M. A.; PETRACCO, J. B.; PICOLLI, J. C. E.; ALBUQUERQUE, L. C. O uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina e sua relação com eventos no pós-operatório de cirurgia de revascularização miocárdica. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, v. 26, n. 3, p. 373-379, 2011.

RAMOS, D.C.; CASALI, A.C.G. Antagonistas dos receptores da angiotensina II: uma revisão de classe. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, n. 2, p. 80-94, 2012.

REID, J.L. Review: Molecular-specific effects of angiotensin II antagonists: clinical relevance to treating hypertension? **Journal of Renin-Angiotensin-Aldosterone System**, v. 6, n. 15, 2005.

RIBEIRO, A.B. Efeito dos bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II (BRAs) decorrente das suas estruturas moleculares: relevância clínica no tratamento da hipertensão arterial? **Rev Bras Hipertens.**, v. 14, n. 3, p.182-184, 2007.

SALGADO, H. C.; DURAND, M. T.; SALGADO, M. C. O. Bases fisiopatológicas para novos tratamentos em hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens** vol.18(4):137-44, 2011.

SANTOS, I. S.; BITTENCOURT, M. S. Insuficiência cardíaca. **Rev Med.**, v. 87, n. 4, p. 224-231, 2008.

SWINDLE, J.P.; BUZINEC, P.; IORGA, S.R.; RAMASWAMY, K.; PANJABI, S.. Long-term clinical and economic outcomes associated with angiotensin II receptor blocker use in hypertensive patients. **Curr Med Res Opin.**, v. 27, n. 9, p. 1719-31, 2011.

AVALIAÇÃO DO ESCOAMENTO E DA ESPESSURA DA PELÍCULA DE DIFERENTES AGENTES CIMENTANTES

Sandra Márcia da Silva LINHARES^{1*}, José MONDELLI² & Rosa Maria de Vasconcelos MACIEL³

¹Universidade Iguazu Campus V, Curso de Odontologia. Professora Assistente das Disciplinas de Materiais Dentários, Dentística e Clínica Integrada. Rio de Janeiro, Brasil

²Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia de Bauru. Professor Senior do Departamento de Dentística, Endodontia e Materiais Odontológicos. São Paulo, Brasil

³Universidade Iguazu Campus V, Curso de Odontologia. Professora Assistente das Disciplinas de Materiais Dentários e Dentística. Rio de Janeiro, Brasil

*Autor para correspondência: smslinhares@gmail.com

RESUMO

O presente trabalho avaliou o escoamento e a espessura da película de quatro agentes cimentantes, pelo fato destas propriedades influenciarem na adaptação das restaurações indiretas. As especificações nº 8 da ADA e nº 9917 da ISO foram utilizadas para a realização dos testes de escoamento e de espessura da película. Cada cimento foi avaliado cinco vezes e os dados submetidos à análise de variância, ao teste F e ao teste de Tukey para a avaliação dos resultados. O cimento resinoso apresentou maior escoamento diferindo estatisticamente dos cimentos de fosfato de zinco, ionômero de vidro e compômero. O cimento resinoso apresentou menor espessura da película, entretanto foi semelhante estatisticamente ao fosfato de zinco e diferente estatisticamente do ionômero de vidro e do compômero. Com base nos resultados obtidos foi lícito concluir que: todos os agentes cimentantes apresentaram médias de escoamento de acordo com o valor preconizado pela Especificação nº 8 da ADA e apenas o cimento resinoso apresentou média de espessura da película de acordo com a norma ISO 9917.

Palavras-chave: agentes cimentantes, escoamento, espessura da película.

ABSTRACT

The present research evaluated the flow and film thickness of four luting agents, in reason of these properties influence the adaptation of indirect restorations. The specifications nº 8 of the ADA and nº 9917 of the ISO were used for the accomplishment of the flow and thickness tests. Each luting agent was evaluated five times and the data submitted to the ANOVA and the tests F and Tukey for obtaining the results. The resinous cement exhibited larger flow differing statistically of the zinc phosphate cement, glass ionomer and compomer. The resinous cement presented smallest film thickness, however it was similar statically to the zinc phosphate cement and differed statically of the glass ionomer and compomer. With base in the obtained results was licit to conclude that: all the luting agents presented flow averages according to ADA Specification nº 8 and the resinous cement just presented film thickness average according to ISO 9917.

Keywords: luting agents, flow, film thickness.

1 Introdução

A preocupação dos pesquisadores com a cimentação e com os agentes cimentantes tem sido grande ao longo do tempo, por isso muitos procedimentos científicos vêm sendo utilizados para contornar problemas relacionados a esta etapa importante e crucial.

Atualmente existem seis classes de agentes cimentantes utilizados para a fixação permanente das restaurações indiretas: cimento de fosfato de zinco, cimento de poliacrilato de zinco, cimento de ionômero de vidro convencional, cimento de ionômero de vidro modificado por resina, cimento resinoso e cimento de compômero (GARCIA *et al.*, 2002). A seleção do agente cimentante adequado frente a um determinado tipo de material restaurador e situação clínica baseia-se nas características e propriedades físico-químicas e biológicas de cada cimento, uma vez que não existe um que ofereça propriedades e características superiores em todos os aspectos. O escoamento e a espessura da película dos agentes cimentantes são propriedades capazes de influenciar na adaptação marginal das restaurações indiretas comprometendo seu sucesso clínico, mesmo quando confeccionadas dentro de técnica correta. A variedade de pesquisas constantes da literatura especializada demonstra a importância destas propriedades na longevidade das restaurações indiretas.

White & Yu (1992) determinaram a espessura da película de vinte agentes cimentantes de várias classes. Constataram resultados mais favoráveis ao cimento de ionômero de vidro e justificaram este resultado ao tamanho da carga e à rápida reação de endurecimento dos cimentos resinosos, antes que escoassem o suficiente para alcançarem espessura de película mínima.

White *et al.* (1992) avaliaram o efeito da força de assentamento sobre a espessura da película dos cimentos de fosfato de zinco, poliacrilato de zinco, ionômero de vidro e resinoso. Concluíram que o cimento de ionômero de vidro necessitou de menor força de assentamento para alcançar espessura de película mínima. Os cimentos de fosfato de zinco e poliacrilato de zinco ficaram numa posição intermediária e o cimento resinoso não alcançou espessura de película mínima com nenhuma das forças aplicadas.

Van Meerbeek *et al.* (1994) após analisarem a espessura da película e a consistência de treze cimentos resinosos não observaram correlação entre consistência e porcentagem de carga, assim como entre espessura da película e tamanho da partícula. Afirmaram que o ideal seria obter restaurações indiretas bem adaptadas e utilizar, para sua fixação, agentes cimentantes com espessura da película e consistência reduzidas.

Motta *et al.* (1995) baseados na Especificação nº 8 da ADA, testaram a consistência e a espessura de filme dos cimentos de fosfato de zinco New Zinc, DFL, Lee Smith e SSWhite. Concluíram haver uma relação direta entre o escoamento e a espessura do filme para todos os materiais testados.

Vargas *et al.* (1996) verificaram a espessura da película e o escoamento dos cimentos Vidrion C, Cimento de Zinco e ABC-Dual. Não consideraram significantes as diferenças entre os cimentos analisados, quanto à espessura da película e ao escoamento.

Felipe *et al.* (1999) analisaram a influência do tempo de esfriamento da placa de vidro utilizada para manipulação, sobre o tempo de presa, tempo de trabalho e consistência do cimento de ionômero de vidro Ketac-Cem. Concluíram que o esfriamento da placa aumentou discretamente o tempo de presa; aumentou significativamente o tempo de trabalho e melhorou o escoamento do cimento.

Motta *et al.* (1998) testaram a consistência e a espessura de filme dos cimentos de fosfato de zinco SSWhite, Lee Smith e DFL. Não observaram diferenças significantes nos resultados do teste de consistência. Quanto ao teste de espessura da película apenas o cimento Lee Smith apresentou média inferior a 25 µm.

Fraga *et al.* (2000) avaliaram o escoamento dos cimentos Resin Cement, Dual Cement, Enforce e Cimento de Zinco. Concluíram que todos apresentaram média de escoamento de acordo com a norma da ISO 9917 e não observaram diferença estatisticamente significativa entre os cimentos.

Fonseca *et al.* (2001) avaliaram a adaptação marginal pré e pós-cimentação de trinta —inlays de porcelana, em função dos cimentos resinosos Variolink, Enforce e Scotchbond Resin

Cement. Concluíram que todos os cimentos promoveram aumento do desajuste marginal pós-cimentação.

Mesmo com tantas pesquisas realizadas para se conseguir um cimento com escoamento e espessura da película adequados, verifica-se uma grande diversidade nos resultados obtidos, daí o interesse deste estudo em avaliar o escoamento e a espessura da película de quatro agentes cimentantes, de classes diferentes, e verificar a correspondência das médias obtidas com os valores preconizados pelas Especificações nº 8 da ADA e nº 9917 da ISO.

2 Material e Métodos

Os agentes cimentantes (QUADRO 1) foram manipulados de acordo com as instruções dos fabricantes em temperatura ambiente de 23 ± 2 °C e umidade relativa de 55 ± 5 %. Os cimentos Fill Magic Dual Cement e PermaCem, ambos de cura dual, foram expostos à luz da lâmpada halógena do aparelho fotopolimerizador Kondortech CL-50, para que a polimerização se completasse.

QUADRO 1 - Marcas comerciais e fabricantes, tipos de cimento e de presa.

MARCAS FABRICANTES	TIPO	PRESA
Cimento de Zinco (SSWhite)	Fosfato de Zinco	Química
Vitro Cem (DFL)	Ionômero de Vidro Convencional	Química
Fill Magic Dual Cement (Vigodent)	Resinoso	Dual
PermaCem Smartmix (DMG Hamburg)	Compômero	Dual

2.1 Teste de Escoamento

Realizado com base nas normas da Especificação nº 8 da ADA para o cimento de fosfato de zinco.

Após a manipulação, uma seringa BD de 3 mL com a ponta recortada foi utilizada para dispensar um volume de 0,5 mL da mistura de cimento sobre uma placa de vidro quadrangular de superfície lisa, com as dimensões 10 cm x 10 cm. Decorridos três minutos do início da manipulação, outra placa de vidro com as dimensões 5 cm x 5 cm pesando 20 gramas e um peso adicional de 100 gramas foram colocados sobre a mistura de cimento, totalizando uma carga de 120 gramas (FIG. 1). Após sete minutos, a carga foi removida e o disco formado pelo cimento endurecido foi medido em seus diâmetros maior e menor utilizando-se um paquímetro eletrônico digital Starrett série 727 com resolução de 0,01 mm (FIG. 2). Os valores obtidos em mm eram anotados desde que a diferença entre eles fosse de 1 mm no máximo. Essas medidas foram somadas e divididas por dois para a obtenção de um diâmetro médio. Cada cimento foi avaliado cinco vezes, os dados obtidos aproximados para o milímetro mais próximo, somados e divididos por cinco para a obtenção da média de escoamento referente a cada agente cimentante.

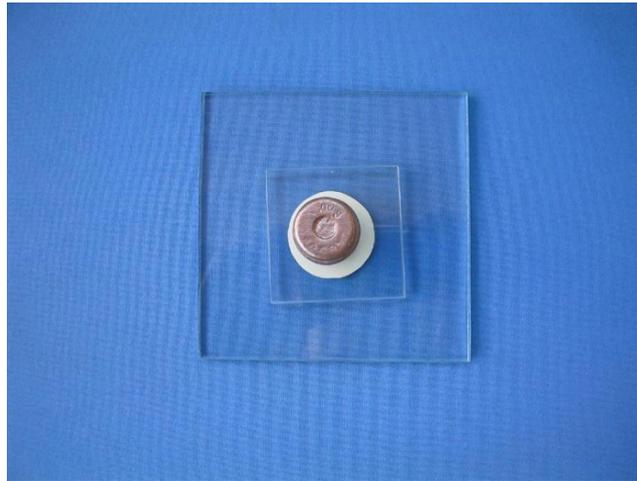


FIGURA 1 - Mistura de cimento sob carga de 120 gramas.



FIGURA 2 - Mensuração do disco de cimento com paquímetro eletrônico digital Starrett.

2.2 Teste de Espessura da Película

Realizado com base nas normas da Especificação nº 9917 da ISO para o cimento de fosfato de zinco.

Foi utilizada uma placa de vidro retangular de superfície lisa marca Daufenbach & Daufenbach Ltda, recortada em duas placas quadrangulares, medindo 5 cm x 5 cm. As placas de vidro foram justapostas e marcadas lateralmente com caneta para retroprojeter, com o objetivo de facilitar a colocação das placas sempre na mesma posição e uma delas teve seu centro marcado para que todas as mensurações fossem realizadas no mesmo local. Um micrômetro eletrônico digital Mitutoyo 0-25 mm com precisão de 0,001 mm foi utilizado para a mensuração prévia das placas de vidro que foram utilizadas para todos os experimentos.

Um cronômetro foi utilizado para registrar o tempo do início da manipulação até o fim de cada avaliação. Concluída a manipulação, 0,1 mL da mistura do cimento foi colocada sobre uma das placas de vidro através de uma seringa BD de 3 mL com a ponta recortada e a placa de vidro, com o centro marcado, foi colocada sobre o cimento. O conjunto placas/cimento foi contido por um gabarito de madeira com espessura inferior a das placas justapostas e submetido durante 10 minutos a uma carga de 150 N através de um cilindro de ferro galvanizado e chumbo acoplado ao dispositivo de ensaios com estrutura em metalon e base em granito, construído no Departamento de Manutenção da Faculdade de Odontologia de Campos (FIG. 3). O gabarito fixado na base do dispositivo de ensaios teve como funções orientar a colocação das placas

sempre no mesmo local e impedir que deslizassem uma sobre a outra durante a imposição da carga.

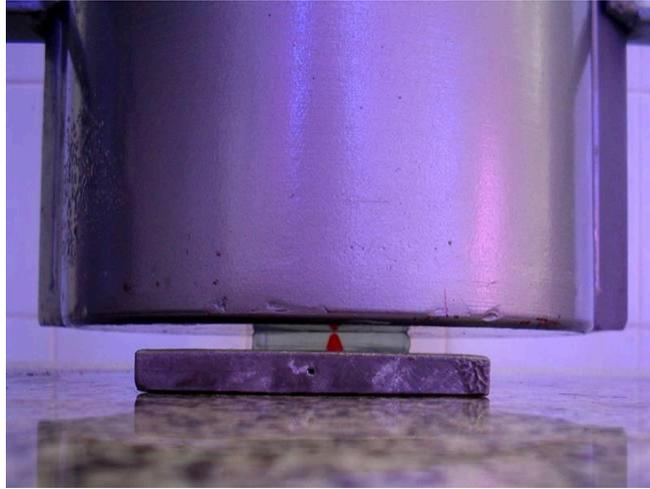


FIGURA 3 - Placas e mistura de cimento submetidas à carga de 150 N.

Após o tempo determinado, a carga foi removida e o conjunto placas/cimento liberado do gabarito de madeira e mensurado com o micrômetro digital utilizado previamente (FIG. 4).



FIGURA 4 - Mensuração da espessura das placas contendo o cimento.

Este segundo valor foi subtraído do primeiro valor referente às placas, sem o cimento entre elas, resultando desta forma no valor da espessura da película do cimento. Cada cimento foi avaliado cinco vezes, os valores obtidos em mm convertidos para μm , somados e divididos por cinco para a obtenção da média da espessura da película referente a cada agente cimentante.

3 Resultados

Os dados obtidos foram submetidos à análise de variância, ao Teste F ($P = 0,01$) e ao Teste de Tukey ($P = 0,05$). Na TAB. 1 constam as médias, desvios-padrão (DP), diferenças mínimas significativas (dms) dos testes de escoamento e de espessura da película referentes aos cimentos analisados e valores preconizados pelas especificações nº 8 da ADA e nº 9917 da ISO.

O Teste F indicou existir diferenças estatisticamente significantes ($P < 0,01$) para os valores obtidos nos ensaios de escoamento e de espessura da película para os quatro tipos de cimentos ensaiados.

O teste de Tukey demonstrou que o cimento resinoso Fill Magic Dual Cement foi estatisticamente diferente ($P < 0,05$) em relação aos valores de escoamento dos demais cimentos testados, os quais foram semelhantes estatisticamente entre si. Com relação à espessura da película constatou-se que os valores médios para os cimentos Vitro Cem e PermaCem foram estatisticamente semelhantes entre si, mas apresentaram diferença estatística (significância $P < 0,05$) em relação aos Cimento de Zinco e Fill Magic Dual Cement que não diferiram estatisticamente entre si.

TABELA 1 - Médias, desvios-padrão (DP), diferenças mínimas significativas (dms) dos testes de escoamento e de espessura da película obtidos de dados de quatro tipos de cimentos e valores recomendados pelas Especificações nº 8 da ADA e nº 9917 da ISO

<i>Cimentos</i>	<i>Escoamento (mm) ± DP</i>	<i>Espessura da película (µm) ± DP</i>
Vitro Cem	34,30 ± 1,36 b	44,8 ± 7,36 b
PermaCem	34,47 ± 0,54 b	42,6 ± 5,55 b
Cimento de Zinco	34,87 ± 1,14 b	30,8 ± 2,95 a
Fill Magic Dual Cement	40,01 ± 1,01 a	23,8 ± 4,21 a
dms	1,90	7,89
Especificação nº 8 da ADA	30 ± 1	25
Especificação nº 9917 da ISO	-----	25

Médias seguidas da mesma letra não diferem entre si pelo teste de Tukey a 5% de probabilidade

4 Discussão

Na presente pesquisa todos os agentes cimentantes apresentaram médias de escoamento de acordo com o valor preconizado pela Especificação nº 8 da ADA (30 ± 1 mm), coincidindo com os estudos de Vargas *et al.* (1996), Motta *et al.* (1998), Felipe *et al.* (1999), Fraga *et al.* (2000) e Fonseca *et al.* (2001). Entretanto, o Fill Magic Dual Cement apresentou média de escoamento significativamente superior à dos cimentos PermaCem, Vitro Cem e Cimento de Zinco. Provavelmente, este fato possa ser justificado pela grande capacidade de escoamento da mistura recém-espaulada quando submetida à carga, demonstrando ser um agente cimentante com características pseudoplásticas e também devido ao tempo de presa mais prolongado, observado durante a realização dos testes, favorecendo o escoamento do cimento. Com relação ao teste de espessura da película, os valores médios obtidos foram, em ordem crescente: Fill Magic Dual Cement (23,8 µm); Cimento de Zinco (30,8 µm); PermaCem (42,6 µm) e Vitro Cem (44,8 µm). Apenas o cimento resinoso Fill Magic Dual Cement apresentou espessura da película

inferior a 25 μm . Os valores da espessura da película fornecidos pelos fabricantes do PermaCem (17 μm) e do Vitro Cem (15 μm) ficaram bem distantes do valor médio encontrado, talvez por diferenças nas metodologias empregadas. Esperava-se resultado melhor para o cimento

PermaCem devido à aparência fluida da mistura recém manipulada. O cimento resinoso apresentou a menor média de espessura da película e o cimento de ionômero de vidro a maior, divergindo dos achados de White *et al.* (1992) e White & Yu (1992), quando constataram resultados mais favoráveis ao cimento de ionômero de vidro. Atribuíram este resultado ao tamanho da carga e à rápida reação de endurecimento dos cimentos resinosos, antes que escoassem o suficiente para alcançarem espessura de película mínima.

Provavelmente os resultados desta pesquisa estejam relacionados ao tempo de presa, à composição e às características inerentes aos agentes cimentantes analisados. Durante a realização do teste de espessura da película foi observado que o cimento resinoso Fill Magic Dual Cement apresentou menor velocidade de presa do que os demais cimentos (Cimento de Zinco, Vitro Cem e PermaCem), fato este confirmado pelas informações solicitadas aos respectivos fabricantes, referentes ao tempo de presa química. Os valores informados foram: Vitro Cem (3 min 5 s), PermaCem (5 min), Cimento de Zinco (6 min 15 s) e Fill Magic Dual Cement (9 min). Quanto mais rápida a reação de presa, menos tempo o cimento dispõe para escoar e proporcionar espessura de película adequada de modo a não interferir negativamente na adaptação das restaurações indiretas.

Através da análise dos resultados, foi observada correlação entre as médias de escoamento e de espessura da película. Os agentes cimentantes que mais escoaram apresentaram médias de espessura de película menores, confirmando as pesquisas de Van Meerbeek *et al.* (1994), Motta *et al.* (1995), Vargas *et al.* (1996) e Fonseca *et al.* (2001).

Atualmente, existem tantos agentes cimentantes disponíveis no mercado odontológico que o clínico muitas vezes fica em dúvida sobre qual material escolher. Com frequência, as informações por parte da indústria relacionadas às características e propriedades dos materiais são superficiais, daí a proposta desta pesquisa em analisar, além do cimento de fosfato de zinco, outros três agentes cimentantes mais atuais, com relação ao escoamento e à espessura da película, itens importantes e possivelmente capazes de influenciar diretamente na longevidade das restaurações indiretas.

5 Conclusão

Face aos resultados verificados, é lícito concluir que:

- ◇ Os agentes cimentantes Vitro Cem, PermaCem, Cimento de Zinco e Fill Magic Dual Cement apresentaram médias de escoamento de acordo com o valor preconizado pela Especificação nº 8 da ADA;
- ◇ O Fill Magic Dual Cement foi o único agente cimentante que apresentou média de espessura da película de acordo com o valor preconizado pela ISO 9917.

6 Referências

FELIPE, AL; NAGEM FILHO, H; CURI, OJ; RIBEIRO, A; UCHIDA, MA. Influência do esfriamento da placa de vidro nas propriedades do cimento de ionômero de vidro. **Salusvita**, v. 18, p.25-34, 1999.

FONSECA, RG; CRUZ, CAS; ADABO, GL; Cruz CAS; CAMPARIS, CM. Adaptação marginal de —Inlaysl de porcelana em função de diferentes cimentos resinosos. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 55, p. 176-180, 2001.

FRAGA, RC; LUCA-FRAGA, LRL; PIMENTA, LAF. Physical properties of resinous cements: an in vitro study. **J Oral Rehabil**, v. 27, p. 1064-1067, 2000.

GARCIA, MIC; CASTRO FILHO, AA; ARAÚJO, MAJ. Cimentação, qual a melhor opção? **Rev Paul Odontol**, v. 24, p. 27-32, 2002.

MOTTA, LG; MOTTA, RG; SILVA, MP. Propriedades físicas de cimentos de fosfato de zinco. **Rev Bras Odontol**, v.52, p. 54-55, 1995.

MOTTA, LG; MOTTA, RG; BASTAZINI, O; MOTTA, AG. Propriedades físicas de cimentos de fosfato de zinco. **J Bras Odontol Clin**, v.2, n. 7, p. 68-71, 1998.

VAN MEERBEEK, B; INOKOSHI, S; DAVIDSON, CL; DE GEE, AJ; LAMBRECHTS, P; BRAEM, M; VANHERLE, G. Dual-cure luting composites. Part II: clinically related properties. **J Oral Rehabil**, v. 21, n. 1, p. 57-66, 1994.

VARGAS, MHS; GALAN JÚNIOR, J; SALGADO, LP; SÉRGIO, PP; NAMEN, FM. Espessura da película de cimentos empregados em restaurações metálicas fundidas. **Rev Bras Odontol**, v. 53, n. 3, 1996.

WHITE, SN; YU, Z. Film thickness of new adhesive luting agents. **J Prosthet Dent**, v. 67, n. 6, p. 782-785, 1992.

WHITE, SN; YU, Z; KIPNIS, V. Effect of seating force on film thickness of new adhesive luting agents. **J Prosthet Dent**, v. 68, n. 3, v. 68, n.3, p. 476-481, 1992.

A ENFERMAGEM E A SAÚDE DO ESCOLAR

Elizangela Portes FERREIRA¹, Ludymilla Campos FRANÇA¹, Sandra Helena de OLIVEIRA², Daniela Ferreira MONTEIRO², Sara Nuss MELLO^{2*} & Edineth Vargas Rosestolato HOFFMAN^{2*}

¹ Discentes da Universidade Iguazu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

² Docentes da Universidade Iguazu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

*sara.macedo@yahoo.com.br

RESUMO

Este estudo tem como objetivo geral Investigar as técnicas de socorro aplicadas pela Enfermagem em cenas de emergência. Estamos descrevendo neste a importância da aplicação das técnicas certas de socorro para prestar uma assistência segura. Identificando os fatores que interferem no cumprimento das técnicas de primeiros socorros e analisando os riscos quanto a não aplicação das técnicas corretas de primeiros socorros. Sabendo-se que a educação engloba não só o enriquecimento cultural, mas também o bem-estar físico, mental e social. Cria-se a necessidade de desenvolver ferramentas para propiciar o aprendizado do cidadão ainda jovem. Acerca de como trabalhar com educação em saúde com crianças em idade escolar, muito tem se pensado ao longo dos anos, na saúde ou na assistência integral voltada à criança e ao adolescente. A pesquisa em pauta refere-se a uma pesquisa bibliográfica cuja técnica compreende a leitura, a seleção, o fichamento e arquivo dos tópicos de interesse, com vistas a conhecer as contribuições científicas que se efetuaram sobre determinado assunto. De acordo com a realidade vivenciada e com uma visão ainda curativista, a população ainda não se acostumou a lidar com uma visão diferente de tratar da saúde, os indivíduos e até mesmo os profissionais que atuam na área, acabam por esquecer-se de um passo importante para se promover, que é a educação crítica e reflexiva, ou seja, ainda não se aproximou daquilo que favorece o bem-estar físico e mental, que se chama promoção à saúde.

Palavras chave: enfermagem, saúde, escolar.

ABSTRACT

This study aims to investigate the general rescue techniques applied by nursing emergency scenes. We are describing the importance of this application of certain technical assistance to provide safe care. Identifying factors that affect the performance of first aid techniques and analyzing risks as not applying the correct techniques of first aid. Knowing that education encompasses not only the cultural but also the physical well-being, mental and social. This creates the need to develop tools to facilitate the learning of citizens still young. About working with health education for school-age children, there has been much thought over the years, in health or in comprehensive care focused on children and adolescents. The research in question refers to a literature whose technique involves the reading selection, book report file and topics of interest, in order to meet the scientific contributions that were effected on a particular subject. According to the real situation and an even curative, the population is still not accustomed to dealing with a different view of treating health, individuals and even professionals working in the area end up forgetting a step important to promote that education is critical and reflexive, ie, has not approached what promotes physical wellbeing and mental health, which is called health promotion.

Key words: nursing, health, school.

1 Introdução

Segundo a Carta de Ottawa (1986), a promoção em saúde tem como definição o conjunto de ações direcionadas à prevenção de doenças e riscos em caráter individual às pessoas, levando-se em consideração os aspectos sociais, políticos, culturais, e econômicos em relação às condições de vida e de saúde de cada indivíduo (AERTS et al., 2004).

Como proposta para a promoção à saúde, cinco campos de ação estão dispostos nesta carta e um deles é a disseminação das informações em saúde, ou seja, a educação em saúde nas escolas, universidades ou em qualquer lugar coletivo, tornando os indivíduos mais orientados quanto a sua saúde (AERTS et al., 2004).

De acordo com Fernandes, Rocha e Souza (2005, p. 284), a infância é um período em que se desenvolve um trabalho contínuo e sistematizado, onde se promove comportamentos favoráveis à saúde das crianças, constituído como fase decisiva na construção de hábitos e atitudes.

Conforme Miranda et al. (2000), trabalhar com as questões saúde e educação acaba por ser um desafio, pois a situação de pobreza dos indivíduos em idade escolar é crescente e esta tem efeito direto no estilo de vida de cada um.

A educação em saúde constitui-se de um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde, intermediado pelos seus profissionais. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença ofereça subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2004).

Como uma proposta à atenção integral as crianças e adolescentes dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde do escolar entra neste contexto que emergiu do processo de reorganização dos serviços de saúde (MIRANDA et al., 2000).

Sabendo-se que a educação engloba não só o enriquecimento cultural, mas também o bem-estar físico, mental e social, cria-se a necessidade de desenvolver ferramentas para propiciar o aprendizado do cidadão ainda jovem.

Acerca de como trabalhar com educação em saúde com crianças em idade escolar, muito tem se pensado ao longo dos anos, na saúde ou na assistência integral voltada à criança e ao adolescente. Segundo Perry e Potter (1996, p. 167), ensino é um processo interativo que promove a aprendizagem e consiste de um conjunto consciente e deliberativo de ações que ajudam os indivíduos ou a adquirir conhecimentos não conseguidos anteriormente, ou a desempenhar novas habilidades.

O artigo 4º da Lei Federal 8.069 de 1990, determina que a criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o crescimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990). Ao abordar a educação e a saúde de forma mais integradora e intersetorial e levando em consideração as leis referenciadas, em maio de 2001, foi assinada uma Portaria Interministerial, que elabora os chamados Parâmetros Curriculares Nacionais em Ação, fazendo com que estes dois setores (saúde e educação), trabalhem temas transversais, como cidadania e orientação sexual, por exemplo, com base na vivência cotidiana das populações, com o intuito de construir uma nova cultura, uma cultura promotora da saúde (AERTS et al., 2004).

A partir do Decreto nº 6.286, em 2007, foi criado o Programa de Saúde na Escola (PSE), com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Dentre alguns objetivos está a promoção da saúde, reforçando a prevenção de agravos, além de fortalecer as redes públicas de saúde e educação (BRASIL, 2007A).

A educação em saúde nas escolas, principalmente no ensino fundamental, é de suma importância, pois ajuda a formar adultos mais saudáveis no futuro e proporciona às crianças o conhecimento e cuidados com seu corpo, bem como a capacidade de interagir com o ambiente em que vivem.

Introduzir junto aos educadores do ensino fundamental uma nova prática de saúde nas escolas consiste em motivar as pessoas a melhorar o modo de viver, modificar os comportamentos de risco e adotar comportamentos saudáveis visando à promoção da saúde como uma estratégia eficaz para melhoria da saúde e qualidade de vida da criança, tornando-as adultos mais saudáveis e conscientes (BARE; SMELTZER, 2006).

Sendo assim, cada vez mais, observa-se que a saúde é um conjunto de fatores que devem ser abordados a partir da infância, sendo fundamental para toda a sua vida. O objetivo da pesquisa é identificar o papel do enfermeiro na promoção à saúde escolar com ênfase na atuação do enfermeiro.

2 Materiais e Métodos

A pesquisa em pauta refere-se a uma pesquisa de revisão bibliográfica cuja técnica compreende a leitura, a seleção, o fichamento e arquivo dos tópicos de interesse, com vistas a conhecer as contribuições científicas que se efetuaram sobre determinado assunto (BERTONCELLO; FRANCO, 2001).

Neste contexto, procurou-se proporcionar um estudo geral sobre a atuação do enfermeiro na promoção da saúde do escolar, buscando informações em documentos oficiais disponibilizados no site do Ministério da Saúde, através do auxílio de meios de comunicação como a internet, concluindo assim o presente estudo, além de artigos publicados e indexados em banco de dados eletrônicos da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), que trata de uma biblioteca eletrônica on-line, disponibilizando revistas científicas relacionadas à área da saúde, através dos seguintes descritores em saúde: enfermagem, saúde do escolar e educação em saúde.

Através de uma ordem cronológica dos fatos que marcam o conceito de saúde do escolar no Brasil, os temas foram abordados de modo que, pensando em saúde, os temas partiram dos princípios do vigente sistema de saúde e de sua implantação, logo após, como os processos de promoção à saúde se desenvolveram e como se desenvolvem no Brasil.

3 Resultados e Discussão

A formação do enfermeiro generalista possui base em sólidos fundamentos técnico-científicos e éticos. Enfatiza conhecimentos relativos aos cuidados com o ser humano e a sua assistência, ao gerenciamento da assistência e dos serviços de enfermagem, à intervenção nas situações de saúde mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional e regional e o desenvolvimento da pesquisa e de outras formas de construção/produção de conhecimento (UNIVALI, 2009).

Para proporcionar ao sistema educacional, condições para que cumpra cabalmente sua função integradora da saúde à educação, se faz necessário a formação de um profissional capacitado para realizar estudos e investigação na área da educação em saúde na escola, bem como para desenvolver programas de saúde integrados ao currículo escolar e prestar assistência técnica aos profissionais. (ALVES, 2004, p. 43).

A educação que vise à melhoria na condição de saúde da população é função privativa do enfermeiro, conforme determina o artigo 11, inciso II, alínea j, segundo a Lei que dispõe sobre o exercício profissional, Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, (COFEN, 1986).

De acordo com Lopes et al. (2007, p. 7), considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento, o enfermeiro deve ser capaz de planejar, implantar e participar dos programas de formação e qualificação continuada dos trabalhadores de enfermagem e de saúde; planejar e implantar programas de educação e promoção à saúde.

A educação escolar pode ser trabalhada através da capacidade que o enfermeiro tem, conforme propõem Argenta e Bellaguarda (2006), uma vez que o ensino da enfermagem segue a Lei de Diretrizes Nacionais Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem. A capacidade do enfermeiro para atuar na educação básica e superior profissional em Enfermagem é referida em seu artigo 3º.

Visando à saúde e meios de prevenção, o desenvolvimento de atividades poderá ser abordado de forma lúdica, envolvendo crianças em jogos didáticos que promovam o desenvolvimento do conhecimento sobre saúde, prevenção e políticas nacionais de saúde.

De acordo com Bare; Smeltzer, (2006), o enfermeiro escolar colabora com os alunos, pais, administradores e outros profissionais de saúde e do serviço social em relação aos problemas de saúde de um estudante.. Além de fornecer as informações sobre as práticas de saúde, dar aulas de saúde e participar no desenvolvimento do currículo de educação saúde, também é um consultor sobre educação em saúde para os professores.

Em 1903, em Nova York, estabeleceu-se o primeiro serviço municipal para criança em escolas. Foi então que se elaborou um programa de controle de moléstia transmissível, contendo cuidados pessoais de higiene, de pais e crianças e a demonstração de tratamento simples e prevenção de doenças contagiosas (FERRIANI, 1991). Os números de crianças ausentes na escola diminuíram após essa ação dos enfermeiros, conforme mostra Ferriani (1991, p. 58). O enfermeiro, atuando como professor de saúde contribuiu para o sucesso do projeto e acabou por melhorar o nível de saúde da comunidade.

De modo a impor novas alternativas, segundo as necessidades, observou-se que os enfoques dados à população escolar vão se modificando. Como parte integral dos serviços de saúde escolar, a ênfase maior acaba sendo dada à —educação em saúde no período de 1924 a 1949, pois os focos dos programas de saúde sofrem modificações.

Os enfermeiros incorporam a educação em saúde como responsabilidade dos seus serviços e assumem a posição de educadores de saúde (FERRIANI, 1991). Já no período de 1950 a 1969, a tendência foi planejar o programa de saúde escolar coordenado com os programas de saúde da comunidade, liga-se o fato dos problemas de saúde identificada nas escolas refletir-se na família, proporcionando uma visão total do estado da comunidade.

De modo a limitar sua ação, no início da educação em saúde nas escolas, os enfermeiros exerciam suas atividades trabalhando junto a professores, ao médico escolar, e aos pais. Com o tempo e o desenvolvimento dos serviços de saúde escolar, esperava-se que estes pudessem tomar decisões profissionais, emitir julgamentos, compartilhar com os orientadores, psicólogos, assistentes sociais, consultores e pessoal especializado em crianças com distúrbios emocionais ou mentais, bem como crianças com deficiências visuais, auditivas ou neurológicas (FERRIANI, 1991).

Através de avaliação em profundidade, como: comportamento físico, psicomédico e psicoeducacional e dos problemas de distúrbios de aprendizagem Alguns trabalhos citam que o enfermeiro escolar emergente ou especialista preparase para oferecer cuidados primários de saúde, bem como dos cuidados abrangentes de crianças saudáveis (FERRIANI, 1991).

No entanto, atualmente no Brasil, todo o enfermeiro deve ser por inerência das suas funções, um educador para a saúde. No que diz respeito ao conteúdo funcional de todas as categorias da Carreira de Enfermagem, Decreto Lei n.º 437/91 parcialmente alterado pelos Decretos Lei n.º 412/98 e 411/99, na alínea c, em seu artigo 7º, determina que faz parte da

função do enfermeiro a execução de cuidados de enfermagem que integrem processos educativos e que promovam o auto-cuidado do utente (BERNARDINO et al., 2007).

Ferriani (1991, p. 66) crê que a área de atuação da enfermagem se resume a três fases: Supervisão da Saúde (exame físico, acuidade visual, auditiva e outros); Assessoria em Assuntos de Saúde (notificação, encaminhamento, orientação); e Educação para Saúde (planificação e promoção para saúde).

Dentre as atribuições do profissional enfermeiro, inclusive do enfermeiro do PACS, neste mesmo trecho, na alínea I, está também o seu papel voltado à educação em saúde, tanto como meio de se obter a promoção e prevenção de doenças ou agravos de saúde, como na educação permanente dos agentes comunitários de saúde e outros profissionais (BRASIL, 2006 b).

No que tange à educação em saúde e às escolas, seguindo esta mesma idéia quanto às atribuições do enfermeiro, cabe ressaltar também o papel do enfermeiro em outros programas voltados a esta população, além destas, dentro da Estratégia de Saúde da Família, citadas acima.

Siston e Vargas (2007, p. 3) colocam que quando diz respeito à promoção à saúde, torna-se claro que o enfermeiro pode e deve atuar através de práticas educativas e de educação em saúde em diferentes espaços, principalmente nas escolas, quando se refere ao PSE.

No que diz respeito a educar para a saúde como responsabilidade de muitas instâncias, em especial dos próprios serviços de saúde, a escola ainda é a instituição que, privilegiadamente, pode se transformar num espaço genuíno de promoção da saúde. Assim sendo, em busca de novos paradigmas para a atenção à saúde da criança e do adolescente em idade escolar, foram criados em 1997, os PCNs com o intuito de trabalhar temas da área da saúde, em especial, temas de educação em saúde, como, por exemplo, orientação sexual, como tema transversal, ao qual educação e saúde estariam sendo abordados de forma única (MIRANDA et al., 2000).

Para fomentar a reflexão sobre os currículos estaduais e municipais, os PCNs constituem, portanto, um referencial. Assim sendo, no processo de construção da cidadania, apresenta um conjunto das proposições, com o objetivo de estabelecer referenciais a partir dos quais a educação possa atuar, decisivamente, (BRASIL, 1997).

Buscam os PCNs apontar caminhos para enfrentar os problemas do ensino no Brasil, adotando, como eixo de desenvolvimento, a capacidade do aluno. Assim, o que se tem em vista, nos Parâmetros Curriculares Nacionais, é que o aluno possa ser sujeito de sua própria formação, num processo interativo em que intervêm alunos, professores e conhecimento (BRASIL, 1997).

Para o alcance dos objetivos dos PCNs, de uma forma geral, como meio de implementar a educação em saúde na escola de forma a garantir o direito da criança e/ou do adolescente escolar a condições de saúde mais favoráveis e à cidadania, baseia-se na organização do trabalho em torno das questões de saúde, e se torna indispensável o trabalho conjunto entre a família e a comunidade do desenvolvimento dos conteúdos levando em consideração as particularidades de cada faixa etária.

Para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas, para que tais ações sejam desenvolvidas, compete à saúde, especificamente às equipes de Saúde da Família, visitar periódica e permanentemente as escolas participantes do PSE (BRASIL, 2007 a).

De forma a atuar na melhoria da condição de vida dos indivíduos por ele assistidos, com a realização das práticas educativas em saúde, o enfermeiro tem a oportunidade de reforçar seu papel como educador, conforme relata Siston e Vargas (2007, p. 3).

O enfermeiro pode desenvolver ações de avaliação física e acompanhamento do desenvolvimento físico de cada escola, assistência às intercorrências escolares diárias, administração de medicações que eventualmente algum escolar necessite, além das atividades de caráter educativo (ARGENTA; BELLAGUARDA, 2006).

O Programa de Atenção Integrada Criança (PAISC) e o Programa de Atenção à Saúde do Adolescente (PROSAD) são um dos últimos programas para o qual o enfermeiro desempenha papel fundamental no processo de educação e promoção à saúde. O PAISC, segundo Vieira et al. (2005, p. 2), é um programa que destina-se a ações voltadas à atenção integral da criança, e deixa-se de se focar a patologia como fator primário no desenvolvimento da não qualidade de vida para priorizar as ações preventivas.

Segundo os autores, o PAISC se baseia em cinco princípios: 1) incentivo do aleitamento materno e orientações sobre desmame; 2) assistência e controle das Insuficiências Respiratórias Agudas (IRAs); 3) imunização para doenças imunopreveníveis; 4) controle das doenças diarreicas, rotavírus, por exemplo e 5) acompanhamento e desenvolvimento da criança com posterior registro no cartão da criança (VIEIRA et al., 2005).

Para Gomes e Oliveira (2003, p. 145), a forma de atuar do enfermeiro, de modo a ter a concepção do indivíduo como um todo, e compreendendo todas as dimensões que implicam o seu processo saúde-doença, facilita quando este está voltado principalmente ao trabalho com o PAISC. De acordo com os autores, devido ao fato da possibilidade de propor intervenções simples a esse tipo de clientela e de supervisionar o crescimento e desenvolvimento desta fase da vida, a infância, a educação em saúde serve como ferramenta fundamental.

Além disso, promove melhor acompanhamento dos pais, quanto ao crescimento e desenvolvimento do filho, reduzindo a ansiedade quanto aos processos fisiopatológicos desenvolvidos por ele nos períodos que se seguem, mediante o fato da orientação e do conhecimento adquirido, através da educação em saúde (GOMES; OLIVEIRA, 2003).

A Ética, a Privacidade, a Confidencialidade e o sigilo são alguns princípios que o PROSAD possui. Cada um deles reconhece o adolescente como ser capaz de tomar decisões de forma responsável, de modo que o atendimento favorece a autonomia e oferece apoio sem emitir juízo de valor, permite ao profissional ampliar sua capacidade de encaminhar as ações necessárias, além de favorecer o vínculo do cliente – profissional (BRASIL, 1989).

Tanto nas unidades de saúde quanto nas comunidades, deve-se realizar ações e atividades estratégicas desenvolvidas para captar esse público, além de levantar os diagnósticos da população descrita. A atenção à saúde desse grupo não se limita às atividades desenvolvidas no âmbito da unidade de saúde, entretanto, deve sempre contar com esse importante apoio (BRASIL, 1989).

A escola é um espaço privilegiado para a captação dos adolescentes e jovens segundo o PROSAD, por que: agrega grande parte dos adolescentes e jovens da comunidade; é um espaço de socialização, formação e informação; é na escola onde eles passam a maior parte do seu tempo.

Sendo assim, o senso de identidade individual quanto à dignidade, à responsabilidade, à solidariedade e à responsabilidade comunitária destas crianças e adolescentes podem ser promovidas pelas ações do enfermeiro, que trabalha em ambiente escolar, para a construção de um mundo mais fraterno, saudável, consciente e definitivamente melhor (ARGENTA; BELLAGUARDA, 2006).

Mediante tantas leis, as quais o estado co-responsabiliza pais, responsáveis, comunidade, além dele próprio, como benfeitores à melhoria na condição de vida dos escolares, o setor da educação juntamente com o setor da saúde começam a abordar a educação em saúde como um tema promocional e qualificador da saúde e do bem-estar físico e emocional dos escolares.

Cabe, neste momento, ressaltar que, de nada adiantam medidas e políticas tão bem elaboradas, se o que vem se apresentando é a inobservância primária dos professores quanto a trabalhar questões de saúde.

Para Fernandes, Rocha e Souza (2005, p. 289), em um estudo baseado na concepção da saúde do escolar com professores do ensino fundamental, a primeira dificuldade desses trabalhadores é a falta de conhecimento aprofundado acerca do assunto – saúde, o segundo ponto

é a falta ou dificuldade de acesso a materiais didáticos adequados, que abordem o tema com mais facilidade de aprendizagem, bem como de ensino.

Devido à inabilidade da identificação do desenvolvimento dos escolares, segundo os autores, os professores apresentam ainda dificuldades em caracterizar e reconhecer problemas de saúde em seus alunos, os que os fazem recorrer aos profissionais de saúde (FERRIANI; UBEDA, 1998 apud FERNANDES; ROCHA; SOUZA, 2005).

Devido ao fato de que o seu processo de formação acaba se baseando em práticas pedagógicas transmissoras de informação desvinculada da realidade, os professores não são preparados para trabalhar com o ensino de saúde conforme relata Conceição (1994 apud FERNANDES, ROCHA; SOUZA, 2005, p. 289).

Outro problema elencado por Miranda et al. (2000, p. 87) é o de se trabalhar de forma intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar, chegando a ser um desafio.

Com isso, as ações coletivas na área de educação e saúde podem e devem ser feitas por técnicos com formação multiprofissional e interdisciplinar. A escola está deixando de ser apenas um local de formação para tornar-se palco dos inúmeros problemas sociais que o país vive, como, por exemplo, a violência, exigindo do profissional que trabalhe com a assistência à criança e ao adolescente reequacionando o papel da educação, e capacitando este profissional a esta realidade (MIRANDA et al., 2000).

Para Gomes e Oliveira (2003, p. 140), a interdisciplinaridade é tomada como portadora da construção de um conhecimento ampliado da saúde e a multiprofissionalidade, um meio instrumental de enfrentar a diversidade interna do saber/fazer das práticas de saúde.

Finalmente, quanto às dificuldades enfrentadas neste contexto, Minayo e Souza (1993 apud MIRANDA et al., 2000, p. 88) argumentam que frente a tantas dificuldades de cunho social às quais o Brasil se expõe, que acabam por ultrapassar o espaço escolar, a necessidade da interdisciplinaridade nas ações e nos estudos que envolvem a assistência aos escolares enfrenta dificuldades. Só se dará mediante a co-responsabilização da sociedade e do Estado frente à efetivação de mudanças sociais profundas, que vão desde a minimização das diferenças sociais acarretadas pelas políticas de ajustes econômicos, que afetam as condições de vida, até a formação de bons profissionais que se habilitem e que sejam comprometidos com as mudanças.

Para a implantação das Escolas Promotoras de Saúde, necessita-se de um trabalho conjunto de todos os integrantes da instituição educativa, do setor da saúde e da comunidade, e demanda de uma ação em que a própria comunidade identifique as necessidades e os problemas de saúde, definindo as estratégias e linhas de ação pertinentes para abordá-las e solucioná-las. (SHEPHERD, s/d, p. 7).

A criação e manutenção de um ambiente físico e psicossocial saudável, onde a escola se torna um ambiente propício para o trabalho saudável, tenta melhorar por meio do diálogo e do consenso as suas condições de estudo (SHEPHERD, s/d).

Reconhece-se atualmente que, para erradicar, minimizar ou controlar os problemas que impedem a população de alcançar níveis adequados de bem-estar físico, mental e social, é fundamental prepará-la na área da educação para a saúde. Esta preparação deve começar cedo na vida do indivíduo e é principalmente na escola que poderá ser levada de maneira sistemática, desde o nível primário até o secundário, colegial ou universitário (MARCONDES, 1972).

A fim de proporcionar ao sistema educacional, condições para que cumpra cabalmente sua função integradora da saúde à educação, a formação de um profissional capacitado para realizar estudos e investigações na área da educação em saúde na escola, bem como para desenvolver programas de saúde integrados ao currículo escolar e prestar assistência técnica aos professores se faz necessária (ARGENTA; BELLAGUARDA, 2006).

Utilizando um método interativo e construtivo, espera-se que o trabalho de parceria da escola com os enfermeiros, possa auxiliar na identificação precoce de fatores de risco, minimizando repercussões negativas na qualidade de vida dos estudantes (LOPES et al., 2007).

O enfermeiro, como educador, necessita não apenas de formação teórica como também de práticas que desenvolvam sua visão crítica e inovadora para que possa aplicar da melhor forma os conhecimentos adquiridos de acordo com as dificuldades da comunidade, agindo como agente de saúde e facilitador.

É de fundamental relevância para o desenvolvimento da saúde populacional conscientizar os discentes e os docentes sobre a importância dessa prática, pois acarretará numa formação mais rica dos mesmos – tanto no campo do exercício profissional quanto na instituição acadêmica, maior envolvimento das pessoas e conseqüente alcance do ideal (ALVES, 2004).

Dessa forma, para que tal assistência possa ser ampliada, os enfermeiros, juntamente com os pais e professores, devem ter a finalidade de sensibilizar e instrumentalizar os escolares para a tarefa de uma educação baseada nos princípios da autonomia, tanto no contexto domiciliar, quanto familiar, oportunizando a eles o exercício pleno de sua autonomia nas questões relacionadas à vida saudável, atribuindo-lhes assim responsabilidades e deveres que a autonomia veicula.

5 Conclusão

Através de seus princípios e diretrizes, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde, atualmente a saúde ainda é um tema de difícil discussão, pois, devido a tantas dificuldades socioeconômicas vive-se uma precarização do sistema sanitário de maneira geral tornando a saúde não acessível à população.

Dessa forma, muito se tem mudado no que tange à saúde e ao sistema como um todo. Porém, pouco ainda se fala das questões de promoção e educação para a saúde.

De acordo com a realidade vivenciada e com uma visão ainda curativista a população ainda não se acostumou a lidar com uma visão diferente de tratar da saúde, os indivíduos e até mesmo os profissionais que atuam na área, acabam por esquecer-se de um passo importante para se promover, que é a educação crítica e reflexiva, ou seja, ainda não se aproximou daquilo que favorece o bem-estar físico e mental, que se chama promoção à saúde.

A partir de uma prática libertadora chega-se a conclusão de que tanto na educação quanto na saúde, os profissionais não são preparados suficientemente para trabalhar com as questões relacionadas à saúde. Percebe-se que a partir da publicação dos Parâmetros Curriculares Nacionais, é que o setor da educação tem se preocupado em abordar o tema transversal saúde no seu cotidiano escolar.

Uma formação acadêmica que não favorece o entendimento e a compreensão do tema saúde ainda é muito observada e faz do professor mero espectador do assunto, tanto quanto os seus alunos. Além disso, os cursos de formação em Enfermagem geralmente não incentivam o acadêmico durante sua formação a realizar atividades extra-muros, sendo que, na maioria das vezes, as 48 disciplinas relacionadas à educação são basicamente teóricas, não favorecendo uma vivência prática.

Garantindo o exercício de seus direitos humanos, em especial o de saúde, o enfermeiro é um profissional que tem um papel fundamental junto aos escolares no desenvolvimento de práticas educativas individuais e coletivas.

Sensibilizados a planejar e implementar estratégias diferenciadas de cunho educativo no contexto da escola/comunidade, espera-se que este estudo seja socializado junto aos profissionais enfermeiros propondo ações voltadas à promoção da saúde, com ênfase na educação em saúde, no âmbito escolar, tornando-se uma prática cotidiana e não eventual a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade.

Com base nos assuntos requeridos pelos próprios escolares, acredita-se que os profissionais do Programa de Saúde da Família, em especial os enfermeiros, de acordo com suas

disponibilidades, realizem encontros nas escolas através de oficinas, dinâmicas de sensibilização, palestras, vídeos e aplicação de questionários.

Buscando alternativas para resolução dos problemas, os temas abordados devem ser refletidos e discutidos criticamente pelos escolares ao final de cada encontro sendo que a metodologia adequada para os encontros é a da problematização.

Assim, baseado na realidade e vivência dos adolescentes, é fundamental que as práticas educativas tenham um caráter participativo permitindo a troca de informações e experiências, valorizando seus hábitos e sua cultura da comunidade na qual estão inseridos. Para ampliar as discussões e trocas de experiências bem sucedidas relacionadas à temática em questão, com a finalização deste estudo, entendo que não se pode considerar essa temática esgotada, mas o ponto de partida para outros trabalhos, pois poderá servir de subsídios nos seus diversos enfoques.

6 Referências

AERTS, Denise et al. **Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, ano 4, v. 20, p. 1020-1028, jul./ago. 2004.

ALVES, Vânia Sampaio. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial**. Interface– Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev.2005.

ARGENTA, Marite I.; BELLAGUARDA, Maria Lígia dos R. **Ambiente escolar: novo cenário da enfermagem para a educação em saúde**. Direcional Escolas, São Paulo, p. 44-45, fev. 2006.

BARE, S. C.; SMELTZER, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006.

BECKER, Daniel. **No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família**. 2001. 117 f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

BERNARDINO, Ana; MACHADO, Cátia; ALVES, Elsa; REBOUÇO, Hélder; PEDRO, Renata; GASPAR, Pedro. **Os Enfermeiros enquanto agentes de Educação para a Saúde: validação da escala de prática e comportamentos de educação para a saúde**. Leira – Setembro, 2007.

BERTONCELLO, Neide M. F.; FRANCO, Flávia C. P. **Estudo bibliográfico de publicações sobre a atividade administrativa da enfermagem em saúde mental**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 9, n. 5, Ribeirão Preto, set. 2001.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35. ed. São Paulo: Saraiva, 2005. Atualizada até Emenda 45/04.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº. 980, de 21 de dezembro**. Dispõe sobre os objetivos, diretrizes e estratégias para o Programa Saúde do Adolescente – PROSAD, Brasília, 1989.

_____. **Lei nº. 8069, 13 de julho**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente, Brasília, 1990.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. **Parâmetros Curriculares Nacionais: meio ambiente e saúde**, Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica: Programa Saúde na Escola**. 2004. Disponível em: . Acesso em: 10 abril 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº. 687, de 30 de março**. Dispõe sobre a Política Nacional de Promoção da saúde, Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº. 648, de 28 de março**. Dispõe sobre a criação e implantação da Estratégia de Saúde da Família, Brasília, 2006.

_____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão/Ministério da Saúde**. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada, Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela saúde. 2006**. (D)Disponível em: . Acesso em: 12 de Maio de 2013.

_____. **Decreto nº. 6286, de 5 de dezembro**. Dispõe sobre o Programa de Saúde na Escola – PSE, Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Escolas Promotoras de Saúde: Experiências no Brasil**. Brasília, 2007. (Série Promoção da Saúde nº 6).

_____. Ministério da Saúde. **Mais saúde: direito de todos: 2008-2011**, Secretaria Executiva. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. p.100. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

SCHAURICH, Diego; PADOIN, Stela Maris de Melo. **Experienciando um marco conceitual para o cuidado em enfermagem ao ser-família e/ou cuidador e ao ser criança**. 2008.

SHEPHERD, Josefa I. **A promoção as saúde no âmbito escolar: a iniciativa regional de escolas promotoras da saúde**. M anual de Nutrição Nestlé: Escola promotora de Saúde, Sociedade Brasileira de Pediatria, S/D.

SICOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. **Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 7, n. 12, p. 91- 112, 2003.

SISTON, A. N.; VARGAS, L.A. **O enfermeiro na escola: práticas educativas na promoção da saúde de escolares**. Revista Enfermeira Global, n. 11, nov. 2007.

VIEIRA, Graciele O. et al. **Uso do cartão da criança em Feira de Santana**. 2005. UNIVALI, Universidade do Vale do Itajaí. Disponível em: . Acesso em: 17 jan. 2013.

WESTPHAL, Márcia F.; ALMEIDA, Erivaldo S. de. **Gestão de Serviços de Saúde: descentralização/municipalização**. São Paulo: EdUSP, 2001., BJM 326: 2003.

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE REALIZADA PELO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO EM ADOLESCENTES

**Lucélia Cristina BARBOSA¹, Viviane Cristina B. da Rocha OLIVEIRA¹, Emanuelle dos Santos SOUZA¹,
Rejane Maria Santos de FREITAS^{2*}, Luis Fernando Gonçalves de CASTRO² & Sandra Helena de OLIVEIRA²**

¹ Discentes da Universidade Iguazu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

² Docentes da Universidade Iguazu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

*rejanasantosdefreitas@hotmail.com

RESUMO

Sabe-se que o número de adolescentes infectados pelo Human Papillomavírus (HPV) vem aumentando nos últimos tempos, onde esse tipo de doença acabou se tornando uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) de responsabilidade pública, passando a ser a infecção genital viral com maior incidência na população sexualmente ativa em todo o mundo. Este trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica e exploratória. É um estudo de revisão de literatura nacional, com abordagem qualitativa, tendo como fonte alguns capítulos de livros, periódicos e artigos, indexados no Scientific Electronic Library Online (SciELO), no BDENF (Banco de Dados de Enfermagem), na biblioteca digital da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Catálogo de Teses e Dissertações da Associação Brasileira de Enfermagem e Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (ABEn-CEPEn). Conhecer a patologia bem como modo de transmissão, epidemiologia, fator de risco, caracterização, diagnóstico, tratamento e medidas profiláticas, avaliar a prevalência do HPV nos adolescentes na faixa etária dos 10 a 19 anos e propor ações de Educação em Saúde realizadas pelo Enfermeiro, foram nossas metas na promoção e prevenção do HPV para a saúde dos adolescentes.

Palavras chave: papiloma vírus humano, enfermagem, prevenção, educação em saúde.

ABSTRACT

It is known that the number of adolescents infected with Human Papillomavirus (HPV) has been increasing in recent times, where this type of disease turned out to be a sexually Transmitted Infection (STI) of public responsibility, becoming viral genital infection with the highest incidence in the sexually active population in the world. This work it is a bibliographical and exploratory research. It is a national literature review study with a qualitative approach, taking as a source some chapters of books, journals and articles indexed in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) in BDENF (Bank of Nursing Data), the digital library of the Library Virtual Health (BVS) and the Catalog of Theses and Dissertations of the Brazilian Association of Nursing and Centre for Studies and Research in Nursing (ABEn-CEPEn). Knowing the condition and mode of transmission, epidemiology, risk factors, characterization, diagnosis, treatment and preventive measures, to assess the prevalence of HPV in adolescents between the ages of 10-19 years and propose actions of health education carried out by the nurse, were our goals in promoting and prevention of HPV for adolescent health.

Keywords: human papillomavirus, nursing, prevention, health education.

1 Introdução

O HPV é um vírus de DNA que apresenta tropismo por células epiteliais, causando infecções na pele e mucosas. Manifesta-se na forma de lesões verrugosas e papilomatosas que comprometem os epitélios e são descritas desde a Antiguidade. No começo do século XX, iniciaram-se as pesquisas sobre os papilomavírus, que primeiro foram tidos como agentes etiológicos dessas lesões em animais, para logo em seguida tais conclusões serem aplicadas também aos seres humanos.

O HPV é transmitido às mulheres através de relações sexuais, assim os adultos jovens sexualmente ativos, especialmente no início da vida sexual, são mais expostos ao HPV.

Sabe-se que o número de adolescentes infectados vem aumentando muito nos últimos tempos, onde esse tipo de doença acabou se tornando uma IST de responsabilidade pública, passando a ser a infecção genital viral com maior incidência na população sexualmente ativa em todo o mundo. Segundo Rosa *et al.* (2009), as infecções pelo referido vírus geralmente, são adquiridas nos primeiros anos de vida sexual ativa e o risco é proporcional ao número de parceiros. Um dos grandes fatores desencadeantes para esse aumento significativo é a precoce iniciação da atividade sexual sem utilização de métodos de barreira, multiplicidade de parceiros (as) e também a falta de informações no que concerne aos malefícios e formas de prevenção da doença por parte dos profissionais da saúde (COSTA, 2009).

Em 1996, o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), já estimava em 500 mil a 1 milhão de novos casos por ano de infecção por HPV (CASTRO, 2004).

Uma vez que a disseminação da doença em foco está relacionada diretamente a ausência ou ineficiência de ações de prevenção e promoção, o desenvolvimento desse estudo se faz necessário, a fim de identificar as principais causas relacionadas ao aumento da incidência de HPV em adolescentes, principalmente na faixa etária de 10 a 19 anos, propondo ações que nos levem a refletir sobre a importância das orientações de Educação em Saúde realizada pelo Enfermeiro em suas atividades profissionais cotidianas, passando conhecimento aos jovens sobre sinais, sintomas e prevenção do Papilomavírus Humano (HPV), poderão eles assim ter sua sexualidade preservada e uma vida saudável.

De acordo com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (2002), o diagnóstico da infecção por HPV leva em conta os dados da história, exame físico e exames complementares com a pesquisa direta do vírus ou indiretamente através das alterações provocadas pela infecção nas células e no tecido. Dentre as técnicas utilizadas para o diagnóstico, recomenda-se: o Papanicolau, a Inspeção com ácido acético a 5%, a Colposcopia e peniscopia, a Biópsia, o Teste de hibridização molecular, a Captura híbrida, a Reação em cadeia de polimerase (PCR) e a Hibridização *in situ*.

Classificam-se em vários tipos e subtipos e variantes de um mesmo tipo, dependendo da semelhança na sequência dos nucleotídeos.

Outra maneira de se classificar um novo tipo é baseada na sequência dos nucleotídeos dos genes E6, E7 e L1. Quando há uma diferença maior do que 10% em relação aos outros já conhecidos, se descreve um novo tipo (FEBRASCO, 2002).

O HPV também pode ser classificado através do seu potencial oncogênico. Pois, existem subtipos de HPV que são classificados como sendo de baixo risco, devido à sua associação com condilomas na forma de lesões intra-epiteliais (LIE) de baixo grau e são eles o (6, 11, 42, 43 e 44), risco intermediário (31, 33, 35, 51, 52 e 58). Outros são classificados como subtipos e alto-risco (16 e 18), baseados nas distribuições relativas de diagnóstico histopatológico, os quais podem causar LIE de alto grau, vindo a desenvolver cânceres do colo uterino (BRASIL, 2006; FEBRASCO, 2002).

2 Materiais e Métodos

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e exploratória, sendo um estudo de revisão de literatura nacional, com abordagem qualitativa tendo como fonte alguns capítulos de livros, periódicos e artigos, indexados no Scientific Electronic Library Online (SciELO) e no BDEFN (Banco de Dados de Enfermagem), com os seguintes descritores: Enfermagem; prevenção; HPV; Educação em Saúde. Para atender aos objetivos do estudo, foram realizados levantamentos bibliográficos, de busca computadorizada em bases de dados em sites científicos: biblioteca digital na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Catálogo de Teses e Dissertações da Associação Brasileira de Enfermagem e Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (ABEN-CEPEN). Pretende-se reunir dados consistentes da literatura com finalidade de controlar a crescente contaminação do HPV em adolescentes, propondo ações de controle, usando como ferramenta a Educação em Saúde realizada pelo Enfermeiro.

3 Resultados e Discussão

Segundo o Ministério da Saúde em uma de suas publicações em 2002 sobre as causas do câncer de colo de útero, o uso de preservativo evita o contágio por muitas doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HPV, que contribui significativamente para a formação das lesões precursoras do câncer do colo uterino. A infecção pelo HPV tem sido associada diretamente com o câncer do colo uterino, tanto pela população, quanto pelos profissionais de saúde. Apesar de existirem inúmeros tipos de HPV, sendo alguns com baixo potencial de oncogenicidade alguns tipos de HPV são encontrados em 95% dos casos de câncer do colo uterino (BRASIL, 2013).

Recomenda-se o exame citopatológico ou Papanicolau, como é mais conhecido, para rastreamento do câncer de colo do útero e é recomendado que deve ser feito anualmente. Outras formas de identificação da doença são os exames, imunoistoquímico, microscopia eletrônica e o reconhecimento do tipo de DNA (BRASIL, 2013; CAMPOS, 2003).

Outra forma de prevenção é através de vacinação, sendo a Gardasil a primeira vacina aprovada no Brasil. É recomendada na faixa etária de 9 a 26 anos de idade em três doses e sua duração é em torno de cinco anos e meio. Protege contra quatro tipos de HPV (6, 11, 16 e 18), causadores de verrugas e câncer cervical (OLIVEIRA, 2008).

Ela deve ser administrada em três doses e é indicada para meninas e mulheres de 9 a 26 anos de idade (BRASIL, 2006). Após a injeção inicial, a segunda e a terceira doses são administradas no segundo e sexto meses, respectivamente.

Foram mais de 15 anos de pesquisas clínicas, com a participação de mais de 20 mil mulheres, em 33 países, inclusive no Brasil.

Esta vacina está disponível nos Centros de Imunizações particulares e na Rede Pública de Saúde (BRASIL, 2006).

Segundo Brasil (2006), o tratamento do HPV poderá ser feito de diversas maneiras, dependendo da morfologia, local da lesão e quantidade de verrugas. Baseado no Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis — DST (Brasil, 2006), vários tratamentos podem ser feitos nos condilomas. Seguem algumas opções sugeridas neste manual com suas indicações, contraindicações e métodos de aplicação (BRASIL, 2006):

A. Podofilina 15% em Solução Alcoólica

A podofilina contém uma série de substâncias com ação antimitótica. Além da irritação local, sua absorção em grandes quantidades pode ser tóxica para o coração, rins e sistema nervoso. Nunca usar durante a gravidez. Aplicar em cada verruga e deixar secar. Repetir semanalmente se necessário. Recomenda-se a utilização de até 0,5 ml em cada aplicação ou a

limitação da área tratada a 10 cm² por sessão. A solução deverá ser retirada por lavagem em 1-4 horas depois da aplicação.

B. Ácido tricloroacético (ATA) 70 a 90% em solução aquosa

O ATA é um agente cáustico que promove destruição dos condilomas pela coagulação química de seu conteúdo proteico. Aplicar pequena quantidade somente nos condilomas e deixar secar, após o que a lesão ficará branca. Deve ser aplicada com cuidado, deixando secar antes mesmo do paciente mudar sua posição para que a solução não se espalhe. Se a dor for intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão ou bicarbonato de sódio ou talco. Repetir semanalmente se necessário. Esse método poderá ser usado durante a gestação, quando a área lesionada não for muito extensa. Do contrário, deverá ser associado à exérese cirúrgica.

C. Podofilotoxina 0,15% creme

Indicada para autoaplicação, a podofilotoxina tem o mecanismo de ação semelhante ao da podofilina. O efeito máximo é alcançado entre 3 e 5 dias após a aplicação. Aplica-se duas vezes ao dia, somente sobre as lesões, por 3 dias. Se necessário, o ciclo poderá ser repetido por não mais que 4 vezes, com intervalos de 4 dias de repouso. O volume do medicamento não deve ultrapassar 0,5ml por dia. Áreas superiores a 10 cm² devem ter o tratamento realizado pelo médico assistente. Está contra-indicado o uso em crianças e mulheres grávidas. Irritação no local da aplicação poderá ocorrer, porém, é de leve intensidade na maioria dos casos, tendendo a minimizar em intensidade com a repetição do uso. Lavar a área das lesões antes da aplicação, assim como a pele sã em caso de contato acidental, com água e sabão.

D. Imiquimod 5% creme

Imiquimod (imidazolquinolina) é um medicamento tópico de auto-aplicação que estimula a produção local de interferon e outras citocinas, sendo a principal delas o interferon alfa. Deve ser feita aplicação tópica à noite, ao deitar, três vezes por semana, em dias alternados, por 16 semanas no máximo. A área de tratamento deve ser lavada com sabão neutro e água 6 a 10 horas depois da aplicação. Após o uso, reações inflamatórias locais são comuns, porém variam de leves a moderadas. A segurança de imiquimod durante gravidez não foi estabelecida e por isso não se recomenda o seu uso na gravidez. O tratamento é prolongado e de alto custo. Por estes motivos, este medicamento está disponível somente em unidade terciária municipal (Unidade Especializada em DST/AIDS que atende a casos de HPV de maior complexidade).

E. Eletrocauterização ou Eletrocoagulação ou Eletrofulguração

Utiliza um eletrocautério para remover ou fulgurar lesões isoladas. Exige equipamento específico e anestesia local. Não se aplica nas lesões vaginais, cervicais e anais, visto que o controle da profundidade do efeito é difícil, podendo levar à necrose tecidual extensa e estenose em estruturas tubulares, como canal anal e vagina. Sempre deve ser realizado após anestesia local.

F. Criocauterização ou Crioterapia ou Criocoagulação

Promove a destruição térmica por dispositivos metálicos resfriados por CO₂ e Nitrogênio Líquido (criocautérios), através de equipamento específico e elimina as verrugas por induzir citólise térmica. É útil quando há poucas lesões ou nas lesões muito queratinizadas. Podem ser

necessárias mais de uma sessão terapêutica, respeitando um intervalo de 1 a 2 semanas. Raramente necessita anestesia. Pode facilitar o tratamento se muitas lesões ou uma extensa área envolvida.

G. Vaporização a laser

Método que pode ser empregado em ambulatório com anestesia local e que apresenta bons resultados em lesões vulvares, frequentemente queratinizadas e que muitas vezes não respondem adequadamente a agentes químicos. Apresenta um bom resultado no tratamento de lesões vaginais, pois possibilita a intervenção em áreas de difícil manejo por outros métodos, como por exemplo, lesões em fôrnices e nas pregas vaginais. Produz escassa perda sanguínea e bons resultados estéticos, principalmente na vulva e vagina. A necessidade de treinamento especial do médico e o alto custo do equipamento limitam o seu uso.

H. Exerese cirúrgica

É o método apropriado para o tratamento de poucas lesões quando é desejável exame histopatológico do espécime. Os condilomas podem ser retirados por meio de uma incisão tangencial com tesoura delicada, bisturi ou cureta. A hemostasia pode ser obtida por eletrocoagulação. Normalmente a sutura não é necessária. Esse método traz maiores benefícios aos pacientes que tenham grande número de lesões ou extensa área acometida, ou ainda, em casos resistentes a outras formas de tratamento. Na presença de lesão vegetante no colo uterino, deve-se excluir a possibilidade de tratar-se de uma neoplasia intra-epitelial antes de iniciar o tratamento. Essas pacientes devem ser referidas a um serviço de colposcopia para diagnóstico diferencial e tratamento.

Diante de tudo que foi dito sobre o HPV, o estudo conclui que objetivo do tratamento do mesmo é a remoção das lesões condilomatosas visíveis e subclínicas e também é preciso considerar que para que se tenha a melhor forma de tratamento, alguns requisitos têm que ser considerados, como por exemplo, qual a melhor relação custo/benefício para cada situação, a observação do tipo, do número e da topografia das lesões, bem como a triagem das características dos pacientes.

3.1 O papel da educação em saúde realizada pelo enfermeiro na prevenção do HPV

Sabe-se que o HPV é uma doença sexualmente transmissível que vem crescendo atualmente devido a sua relação com o câncer de colo uterino, e obteve um aumento significativo em adolescentes e mulheres tendo como uma das causas importantes a atividade sexual precoce, a multiplicidade de parceiros e o não uso do preservativo (COSTA, 2009).

Os adolescentes em função das modificações biológicas tornam-se vulneráveis a infecção pelo HPV, sendo também a gravidez, hábito de fumar, método anticoncepcional e infecção genital fatores que de alguma forma, estão relacionados à infecção por este vírus (MURTA et al., 2001).

A falta de informações adequadas a respeito do HPV pode influenciar na formação de concepções errôneas que podem interferir de forma negativa no comportamento daquele que é portador do vírus, e das pessoas que fazem parte do seu contexto social. Muitas vezes o indivíduo só vem saber do que se trata o HPV, quando já está contaminado e procura tratamento (SOUZA et al., 2008).

Diante disso, cabe referenciar a importância do profissional de enfermagem na prevenção desse mal que tanto preocupa e amedronta pessoas em várias faixas etárias, principalmente

adolescentes e jovens. É através de uma educação em saúde para prevenção que esse profissional pode atuar em grande relevância.

A principal atribuição do profissional enfermeiro é a prevenção, tarefa fundamental para diminuir taxas de infecções pelo HPV. O profissional deve focar na prevenção primária, palestras de —Educação em Saúde para não deixar que a doença evolua para uma infecção secundária, acompanhando as melhorias no rastreamento e capacitação de identificar lesões suspeitas no exame de colposcopia (PRIMO et al., 2008).

De acordo com Primo et al., (2008), é importante o Enfermeiro no desenvolvimento das consultas de enfermagem, em visitas domiciliares para esclarecer dúvidas sobre a doença, acolhendo o paciente, respeitando seus sentimentos e aflições, formando um vínculo de confiança onde o mesmo retornará a consulta para dar continuidade ao tratamento periódico. Além disso, acredita-se que o enfermeiro tem capacidade de promover ações para mudanças de comportamento sexual entre adolescentes e jovens e capitação precoce dos casos suspeitos de HPV.

Outra questão pertinente a educação em saúde elaborada pelo enfermeiro é que mesmo deve elaborar planos de educação permanente para capacitar profissionais de saúde (técnicos de enfermagem e agente de saúde), mobilizando para uma educação permanente, principalmente na pré-adolescência e adolescência potencializando entre homens e mulheres a possibilidade de negociação do sexo seguro entre parceiros. O enfermeiro deve estimular a equipe, acolher o adolescente e jovem de uma forma humanizada para que eles sejam ouvidos com atenção e respeito, ou seja, o enfermeiro deve estar pronto para responder toda e qualquer pergunta desses clientes (BRASIL, 2006).

4 Conclusão

A infecção por HPV está entre as principais doenças sexualmente transmissíveis, além disso, ele está frequentemente relacionado ao desenvolvimento do câncer cervical e verruga condilomatosa. Os adolescentes e jovens, em função das modificações biológicas, tornam-se vulneráveis a infecção pelo HPV.

Buscamos através desse estudo enfocar a importância de ações educativas realizadas pelo Enfermeiro junto aos adolescentes buscando esclarecimento sobre transmissão, tratamento e prevenção desta morbidade, assim como descrever a atuação do enfermeiro na prevenção desta infecção.

Este estudo implica em encontrar novas formas de instrumentalizar os enfermeiros junto aos adolescentes para que conheçam melhor as consequências da contaminação pelo HPV e de orientá-los no atendimento à população de risco para adquirir o vírus.

Espera-se que estas informações cheguem aos adolescentes, sendo necessário o interesse e respeito por parte do enfermeiro, respeitando sua individualidade. O enfermeiro deve estar capacitado para alcançar os objetivos, porém é necessário que haja uma conscientização dos adolescentes e jovens.

5 Referências

BORGES, A. L. V.; SCHOR, N. **Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, São Paulo. v. 21, n. 2, p. 499-507, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis DST.** 4 ed. Brasília. 2006. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/manual_dst_tratamento.pdf. Acesso em: 18 out. 2014.

_____, Ministério da Saúde. **Prevenção do Câncer do Colo do Útero: manual técnico**. Brasília, DF, 2011.p.19.

BRÊTAS, P. C. A.; GAMBÁ, A. M. **Enfermagem e saúde do adulto**. Ed. Br., Manole: São Paulo, 2006.

CAMPOS, S. Ginecologia / **Mulher HPV papilomavirus**, 2003. Disponível em: <<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/7471>>. Acesso em: 02 set. 2008.

CONTI, F. S. et al. **Educação e promoção à saúde: comportamento e conhecimento de adolescentes de colégio público e particular em relação ao papilomavírus humano**. DST. J. Bras. Doenças Sex. Transm. v. 18, n.1, p.30-35, 2006.

COSTA, A. C. R. **Papel do enfermeiro na promoção e prevenção do Papiloma Vírus Humano na adolescência**. Rev. Enferm. UNISA, v.10, n.2, p. 134-138, 2009. Disponível em: www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/.../2009-2-06.pdf. Acesso em: 25 Nov. 2014.

ELEUTÉRIO, R. M. N. et al., **Identificação de DNA-HPV em adolescentes e mulheres jovens sem coito vaginal**. DST - J Bras Doenças Sex Transm. v. 23, n.2, p. 66-68, 2011. Disponível em: bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/? Acesso e: 15 out. 2014.

FEDRIZZI, E. N. et al. **Infecção pelo papilomavírus humano (hpv) em mulheres de Florianópolis, Santa Catarina**. DST – J. Brás. Doenças Sex. Transm. n.2, p.73-79, 2008. Disponível em: <[http:// www.hu.ufsc.br/...hpv/infecção%20pelo%20papilomavirus%2](http://www.hu.ufsc.br/...hpv/infecção%20pelo%20papilomavirus%2). Acesso em: 02 set. 2014.

FERREIRA, B. W. **Considerações sobre a gravidez na adolescência**. Educação, Porto Alegre, v. 24, n. 45, p. 167-173, 2001. Disponível em: <www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/1460-8.pdf>. Acesso em:24 nov. 2014.

FREBASCO. Projetos Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. **Papilomavírus Humano (HPV): Diagnóstico e Tratamento**, 2002, p. 4, 6-9, 12. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/079.pdf>. Acesso em: 18 out. 2014.

GAZIZI, E. N. **Diretrizes para o diagnóstico e tratamento do hpv na rede municipal especializada em DST/AIDS – SMS/SP**. Programa Municipal de DST/AIDS de São Paulo - SMS – PMSP. 2 edição, Agosto/2008. Disponível em: <bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?>. Acesso em: 18 out. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo, programa nacional de controle do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer**. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2010.

LEITE, A. P. L. **Sexualidade na adolescência: conhecimentos, atitudes e práticas dos adolescentes estudantes do município de Maceió**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. v.23, n.2, p.124, 2006.

LETO, M. das G. P. **Infecção pelo papilomavírus humano: etiopatogenia, biologia molecular e manifestações clínicas.** An. Bras. Dermatol. 2011, v.86, n.2, p.306-317, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n2/v86n2a14.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2014.

MARTINS, L.F.L. **Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura.** Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia, v.27, 2005.

MURTA, G. F. **Saberes e Práticas: Guia para ensino e aprendizado de Enfermagem.** 4. ed. Rev. e ampl. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2008, p.415-416.

OLIVEIRA, M. D. C. **Vacina contra o câncer do colo do útero HPV,** 2008. Disponível em: <http://www.imunity.com.br/artigo_vacinahpv.html>. Acesso em: 18 out. 2014.

PALO, D. G. et al. **Colposcopia e Patologia do Trato Genital Inferior,** 2. ed. Editora Médica e Científica Ltda, 1996.

PEDROSA, M. L. et al. **Lesões intraepiteliais cervicais em adolescentes: estudo dos achados citológicos entre 1999 e 2005, no Município do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad Saúde Pública. v.24, n.12, p.2881-2890, dez. 2008.

PILECCO, F. B. et al. **Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens.** Cadernos de Saúde Pública, São Paulo, v. 27, n. 3, 2011.

PINTO, V, F. C. et al. **Aspectos epidemiológicos e citológicos de infecções pelo papilomavírus humano (hpv) em adolescentes: uma revisão.** Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v.5, n.4, Pub.4, out. 2012.

PRIMO, C. C. et al., **Atuação do enfermeiro no atendimento à mulher no Programa Saúde da Família.** Revista de Enfermagem, UERJ, v. 16, n. 1, p. 76-82, 2008. Disponível em:<www.convibra.org/dwp.asp?id=7858&ev=31>. Acesso em: 24 nov. 2014.

ROCHA, K. M. **Estudo de casos de lesões cervicais(HPV) entre adolescentes atendidas em um hospital universitário.** Revista Eletrônica Acervo Saúde(REAS). v.6, n.1, p. 574-581, 2014. Disponível em: <acervosaud.dominiotemporario.com/doc/artigo_042.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2014.

ROSA, M. I. et al. **Papilomavírus humano e neoplasia cervical.** Cadernos de saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 953-964, maio 2009.

SANTOS, M. L. M. et al., **Sexualidade na Adolescência.** Psikhê, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 30-37, 2001. Disponível em: <editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/viewFile/2464/2330>. Acesso em:24 nov. 2014.

SOUSA, L. B. et al. **Ser mulher portadora do HPV: uma abordagem cultural.** Rev. Esc. Enferm. USP. v. 42, n.4, p.737-743, dez. 2008. Disponível em: scielolog.scielo.br/scielolog/scielolog.php? Acesso em: 25 nov. 2014.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA: ACESSO E USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Rondinelli LADEIRA¹, Alan NOGUEIRA², Josileyde DUTRA³, Denise SILVA⁴ & Luciana FUMIAN⁵

^{1,3,4,5} Universidade de Nova Iguaçu, Campus V. Professor (a) do curso de Farmácia. Rio de Janeiro. Brasil.

² Universidade de Nova Iguaçu, Campus V. Discente do curso de farmácia. Rio de Janeiro. Brasil.

Autor correspondência: rondinellicl@uol.com.br

RESUMO

A presente investigação tem como objetivo estudar e analisar a assistência farmacêutica, através de seu histórico, finalidade, objetivos, características e funções, bem como entender e analisar as estratégias para a promoção do uso racional de medicamentos. Para tal apreciação foi realizado um estudo com alicerce na pesquisa bibliográfica de bancos de dados, artigos científicos, revistas e livros que possibilitaram a base para a produção teórica desse estudo. No que tange à prática farmacêutica, é sabido que os medicamentos são considerados a principal ferramenta terapêutica para recuperação ou manutenção das condições de saúde da população. No entanto, o simbolismo ao qual eles são revestidos e, conseqüentemente, o uso indiscriminado dos fármacos pela sociedade, tem contribuído para o surgimento de muitos eventos adversos, com elevado impacto para a saúde e custos aos serviços públicos. Dessa forma, conclui-se que a prática da assistência farmacêutica proporcionou o surgimento de uma nova filosofia da prática profissional, voltada à estruturação, complementação e inserção dessa categoria profissional na atenção básica à saúde, proporcionando o uso racional de medicamentos e conseqüentemente minimizando os eventos adversos relacionados a estes.

Palavras-chaves: Assistência Farmacêutica, Uso Racional de Medicamento, Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

This research aims to study and analyze pharmaceutical care through its history, purpose, objectives, features and functions, as well as understand and analyze the strategies to promote rational drug use. For such an assessment was carried out a study foundation in literature databases, journal articles, magazines and books that made possible the theoretical basis for the production of this study. Regarding the pharmaceutical practice, it is known that drugs are considered the main therapeutic tool for recovery or maintenance of health of the population. However, the symbolism to which they are coated, and therefore, the indiscriminate use of drugs by society, has contributed to the emergence of many adverse events with high impact on health costs and public services. Thus, it is concluded that the practice of pharmaceutical care provided the emergence of a new philosophy of professional practice, focused on structuring, completion and insertion of this professional category in primary care, providing the rational use of medicines and consequently minimizing events adverse related to these.

Keywords: Pharmaceutical Services, Drug Use Rational, Primary Health Care.

1 Introdução

A assistência farmacêutica trata-se de um conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico, e outros profissionais de saúde, voltadas à promoção, proteção e recuperação da

saúde, tanto no nível individual como no coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional (JARAMILLO et al., 2001).

Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (JARAMILLO et al., 2001).

O acesso a medicamentos de qualidade e o uso racional são preocupações antigas da Organização Mundial da Saúde (OMS). Na área de medicamentos, além do uso racional, a OMS, contribui para a qualidade e a segurança dos medicamentos, incluindo medicamentos tradicionais, e promovendo o acesso equitativo e sustentável a medicamentos essenciais, principalmente aqueles para os pobres e necessitados (PERINI, 2001).

Dados recentes relatam que o mercado farmacêutico brasileiro é um dos cinco maiores do mundo. O perfil dos consumidores deste mercado demonstra que 15% da população com renda superior a dez salários mínimos consomem 48% da produção destes medicamentos, enquanto que, mais da metade da população (51%), com renda até quatro salários mínimos, é responsável pelo consumo de somente 16% dos medicamentos produzidos. Os 34% que têm renda mensal entre 4 e 10 salários mínimos consomem 36% dos medicamentos do mercado. (MEROLA et al., 2008).

Este fato evidencia claramente que, por razão sócio-econômico, o acesso à terapia medicamentosa não ocorre de forma igual na população, ficando comprometido para os milhões de brasileiros que têm baixa renda (NICOLETTI, 2007).

A presente pesquisa tem como objetivo estudar e analisar a assistência farmacêutica, através de seu histórico, finalidade, objetivos, características e funções, bem como entender e verificar as estratégias para a promoção do uso racional de medicamentos, consolidando dessa forma a importância e o papel do profissional farmacêutico no âmbito da atenção básica à saúde.

2 Material e Métodos

O presente estudo foi realizado com alicerce na pesquisa bibliográfica e embasado em bancos de dados online, artigos científicos, revistas e livros que abordam o tema, possibilitando a fundamentação teórica dessa pesquisa. Foram levantados e selecionados os trabalhos que melhor se adequassem ao objetivo dessa investigação.

Foram utilizados como critérios de inclusão os textos que abordavam os princípios da assistência farmacêutica, bem como o uso racional de medicamentos, textos nacionais e de relevância para o citado trabalho.

3 Resultados

Os estudos selecionados apontam para um crescente interesse pelo tema assistência farmacêutica, uma vez que houve um aumento no número de publicações nos últimos anos, principalmente abordando a otimização dos processos de gestão e trabalho e a redução dos custos em saúde.

As características da assistência farmacêutica podem ser mencionadas, tais como: parte integrante da política de saúde; área estratégica do sistema de saúde como suporte às intervenções na promoção, prevenção de doenças, tratamento e estruturação de procedimentos de natureza técnica, científica e administrativa (BRASIL, 2006).

Dessa forma fica explicitado a consolidação da assistência farmacêutica como sendo a ciência que subsidia as ações de saúde, promovendo o acesso integral aos medicamentos e insumos essenciais e proporcionando seu uso racional (BRASIL, 2006).

4 Discussão

No Brasil, a partir de 1988, ano da promulgação da atual Constituição da República, a assistência à saúde foi considerada como obrigação do estado e direito de todos os cidadãos, sustentadas nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 1990).

A Constituição Federal, ao adotar a idéia, defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária de saúde como direito social, deixou implícito o acesso a medicamentos como uma obrigação do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como explicita a responsabilidade pública sobre a qualidade da produção de medicamentos (BRASIL, 1990).

A regulamentação da Constituição Federal, específica para a área da saúde, foi estabelecida pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90) que em seu artigo 6º determina como campo de atuação do SUS, a —formulação da política de medicamentos (...) e atribui ao setor saúde a responsabilidade pela —execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990).

4.1 Assistência Farmacêutica

De acordo com a Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, que aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, Assistência Farmacêutica (AF) pode ser definida como sendo:

Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

As funções e atividades da assistência farmacêutica englobam atos de: planejamento, coordenação, execução, acompanhamento e avaliação das ações em saúde. Visa à integração com os serviços, profissionais de saúde, áreas interfaces, coordenação dos programas, entre outras. Através da elaboração de normas e procedimentos técnicos e administrativos, busca selecionar e estimar necessidades de medicamentos, gerenciar o processo de aquisição e garantir condições adequadas para o seu armazenamento (BRASIL, 2006).

A atenção farmacêutica baseia-se na capacidade do farmacêutico de assumir novas responsabilidades relacionadas aos fármacos e aos pacientes, através da realização de um acompanhamento sistemático e documentado a partir do consentimento dos mesmos. No processo de atenção farmacêutica o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. Os elementos da atenção farmacêutica configuram uma atenção integral ao paciente, onde a prestação exige uma relação contínua e concordada entre os profissionais de saúde e o paciente. O farmacêutico deve utilizar seu critério clínico para determinar o nível de atenção que cada paciente necessita (FERRAES, 2000).

Portanto, a assistência farmacêutica engloba as ações de atenção farmacêutica quando se refere às ações específicas do profissional farmacêutico com o paciente buscando o atendimento de suas necessidades vinculadas ao uso de medicamentos. Tais pressupostos são reafirmados em eventos e documentos oficiais onde se expressa a necessidade de descentralizar a assistência farmacêutica a fim de possibilitar a proximidade do serviço ao paciente com a presença do farmacêutico para orientação e educação individualizada e garantir a qualidade da atenção farmacêutica (COSTA, 2007).

Com a municipalização, a questão dos medicamentos essenciais destinados à atenção básica passa a ser prerrogativa e responsabilidade municipal. Deste modo, em relação à atenção farmacêutica, a Portaria 176 publicada pelo Ministério da Saúde em março de 1999, estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos (CARVALHO, 1995).

Diante do exposto, uma das responsabilidades do gestor municipal no âmbito do SUS em relação à atenção farmacêutica é garantir o suprimento adequado de medicamentos essenciais a sua população, uma vez que recebe o incentivo destinado à assistência farmacêutica básica (REIS, 2008). Além disso, são previstas responsabilidades para os gestores nas três esferas do governo (Municipal, Estadual e Federal). Destarte, os gestores do SUS são direcionados a procurar reorientar a atenção farmacêutica, concentrando esforços e atuando em parcerias para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível (BRASIL, 1999).

Com relação às responsabilidades de que trata a Política Nacional de Medicamentos, ao governo federal, gestores estaduais, caberá apoiar a organização de consórcios destinados à prestação da assistência farmacêutica ou estimular a inclusão deste tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde. Já o gestor municipal poderá associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da assistência farmacêutica. (BRASIL, 1999).

Para Bermudez et al. (1999) existe o desafio de inserir a atenção farmacêutica na assistência à saúde e consideram-na uma das áreas mais críticas da assistência à saúde. Conforme entendimento do autor, a falta de medicamentos compromete a imagem dos serviços e pode ocasionar internações desnecessárias onerando ainda mais o sistema de saúde. Sabe-se que o uso irracional, desnecessário e inadequado do medicamento também gera aumento na demanda. Segundo Zanini et al. (1985) —compliance¹ é o termo utilizado para definir o nível de aceitação, cooperação e cumprimento das instruções por parte do paciente em relação ao tratamento médico recebido.

Ferraes (2002) assevera que a orientação farmacêutica sobre a utilização correta do medicamento pode ser considerada uma estratégia de qualidade para adesão ao tratamento e para uso racional do medicamento.

A premissa básica para o Ministério da Saúde é a descentralização dos medicamentos considerados essenciais, a aquisição e distribuição destes passam a ser responsabilidade dos municípios e sob a coordenação dos estados. No entanto, a reorientação proposta pelo Ministério da Saúde não se restringirá só à aquisição e distribuição de medicamentos, mas também às demais etapas da atenção farmacêutica. (BRASIL, 1999).

Muitos países têm desenvolvido e implementado política nacional de medicamentos. Outros têm se direcionado no sentido de melhorias pontuais da qualidade da assistência farmacêutica. Entretanto, ambos os processos requerem uma aproximação sistemática para a avaliação de políticas farmacêuticas. Logo, surge a necessidade da elaboração de instrumentos e desenvolvimento de metodologias que possibilitem um efetivo monitoramento da implementação da Política Nacional de Medicamentos e seus componentes, permitindo avaliação de desempenho e revisão das prioridades (OPAS, 1992).

4.2 Uso Racional de Medicamentos

A Organização Mundial da Saúde, em 1985, na conferência de Nairobi mostrou que o uso racional de medicamentos (URM) requer que pacientes recebam os medicamentos adequados para suas necessidades clínicas, em doses apropriadas para suas individualidades, por um adequado período de tempo, e com custo que eles e sua comunidade possam arcar. (MARIN, 2003).

Estima-se que em países desenvolvidos os erros de prescrição sejam os responsáveis por 56% de reações adversas à medicamentos, vários deles evitáveis, e observa-se ainda que a maioria dos erros estão relacionados à dosagem. Vários estudos têm apontado estatísticas associadas a reações adversas aos medicamentos, sendo colocada como a 4ª causa de morte nos EUA, depois do Infarto Agudo do Miocárdio, Câncer e Acidente Vascular Cerebral, levando a óbito 100.000 pessoas/ano (QUELUZ e LEITE, 2008).

Em países em desenvolvimento, como o Brasil, estes números são desconhecidos pela falta de notificações dos efeitos adversos. Sabe-se, também, que o tempo médio de internação, custo e mortalidade de pacientes por reações adversas aos medicamentos são o dobro do que para pacientes-controle. Dois terços dos gastos associados ao uso irracional de medicamentos são muito expressivos, uma vez que dois terços das consultas resultam em prescrições e que estas contêm mais de um medicamento, sendo que as reações adversas aos medicamentos aumentam exponencialmente com quatro ou mais medicações. Os achados descritos acima são decorrentes da não inclusão do uso racional de medicamentos na formação dos profissionais da saúde envolvidos com este processo, o que gera uma série de problemas, chegando a colocar em risco a saúde da população (QUELUZ e LEITE, 2008).

O desenvolvimento do uso racional de medicamentos em um país deve envolver as seguintes ações:

- 1) Treinamento dos futuros prescritores e dispensadores, 2) educação continuada para prescritores e dispensadores, 3) formulação da relação nacional de medicamentos essenciais, 4) criação do formulário nacional de medicamentos essenciais, 5) diretrizes nacionais para tratamento das doenças, 6) criação de comissões de farmácia e terapêutica. (QUELUZ e LEITE, 2008, p. 29).

Por outro lado, a —medicalização da sociedade tem sido muito discutida atualmente, em virtude do incessante aumento da produção e do consumo de fármacos, que instaurou um fenômeno social complexo rotulado com esta expressão. Ao contrário do que possa parecer, este termo não se refere apenas a um processo recente, a medicalização da sociedade vem acontecendo há mais de dois séculos, durante os quais foi ganhando formas diversas, como a atual banalização do consumo de medicamentos. Este fato torna-se claro ao analisar as mudanças ocorridas nas propagandas de remédios desde o oitocentos – século em que eram largamente divulgadas nos jornais brasileiros – até os dias atuais, visto que estes anúncios contam a história dos caminhos percorridos por uma sociedade que vai cada vez mais se apropriando do discurso médico e sendo apropriada por ele (QUELUZ e LEITE, 2008).

Dessa forma, o medicamento é entendido como um meio de satisfação de necessidades naturais, seja na terapêutica de problemas de saúde tratáveis farmacologicamente, como também, na satisfação de necessidades culturais, determinadas socialmente, pelo modelo social capitalista. (PERINI; ACÚRCIO, 2001). Os pacientes aprenderam que necessitam de medicamentos para tratar seus males, mesmo aqueles que não são de ordem somática ou psico-somática, mas sociais, e os prescritores aprenderam que é mais apropriado atender a esta questão.

Assim sendo, o uso racional de medicamentos é um processo que envolve conjuntamente a escolha do tratamento - medicamentoso e/ou não medicamentoso - a seleção de eventual medicamento com base na efetividade, segurança e custo, a prescrição correta, o acesso dos pacientes aos medicamentos prescritos, a dispensação adequada, seguida de utilização pelo usuário de forma correta (QUELUZ e LEITE, 2008).

Para que se promova o uso racional de medicamentos é imprescindível o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica que é o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional (OPAS, 2007).

Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da

qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

Portanto, o conceito de uso racional de medicamentos precisa conter como premissa que as atividades de Assistência Farmacêutica são partes inerentes do processo e essencial para a sua promoção.

Conseqüentemente, o uso racional de medicamentos exige a participação de diversos profissionais da área da saúde: enfermeiros, farmacêuticos, odontólogos e médicos que são os profissionais mais diretamente envolvidos neste processo.

5 Conclusão

Ao concluir o presente trabalho, torna-se imprescindível ressaltar que a profissão farmacêutica, do século XX até os dias de hoje, passou por várias transformações, muitas vezes experimentando a perda da identidade. Com a ausência da prática da atenção farmacêutica, alinhado à falta de conhecimento da população em relação ao profissional farmacêutico, surge uma oportunidade ímpar para o desempenho mais efetivo de seu papel perante a sociedade (BISSON, 2007).

Inseridas no rol de suas atribuições estão: a promoção da saúde, avaliação do plano terapêutico, a educação em saúde, e acesso à população.

Sendo assim, o uso irracional de medicamentos é um importante problema de saúde pública, logo, é imprescindível a contribuição do farmacêutico e incorporação às equipes básicas de saúde a fim de proporcionar uma melhoria na utilização dos medicamentos, com redução dos riscos de morbimortalidade e meios para redução dos custos relacionados à farmacoterapia (COSTA, 2008).

Desse modo, a importância de uma política de assistência farmacêutica é inquestionável, tendo como prioridade a reestruturação administrativa das áreas responsáveis pela política nacional de medicamentos como sendo fundamental para uma dinamização dos programas desenvolvidos (CUTOLO, 2007).

Por outro lado, a adesão, como um dos critérios do uso de medicamentos e do cuidado de saúde como um todo, é afetada ou direcionada pelo meio social, econômico e cultural ao qual estão inseridos a população. A influência da condição sócio-econômica sobre esse fenômeno é bastante conhecida principalmente estratificando os usuários de medicamentos por faixa salarial e por nível escolaridade (CARLINI, 1995).

No Brasil, há uma deficiência com relação ao uso de medicamentos. Logo, são prescritos medicamentos de efetividade duvidosa, há um excesso da medicalização, os profissionais não recebem treinamentos adequados quanto à prescrição farmacológica, ficando, muitas vezes, vulneráveis à propaganda da indústria farmacêutica. Além disso, dispõe-se de poucos dados sobre o uso de medicamentos, suas complicações e sobre a assistência farmacêutica (LEITE; CORDEIRO, 2007).

Enfim, atuando no sentido de promover uma assistência farmacêutica de qualidade, o farmacêutico deve assistir de forma integralizada o paciente, buscando proporcionar uma maior adesão aos tratamentos propostos. Com isso, objetivando uma melhoria na resolutividade do próprio Sistema de Saúde, dos indicadores de saúde e da qualidade de vida dos usuários.

6 Referência

BERMUDEZ, J. A. Z.; BONFIM, J. R. A. (org.). **Medicamentos e Reforma do Setor Saúde**. São Paulo: Hucitec/Sobravime, p. 236, 1999.

BISSON, M. P. **Farmácia clínica e atenção farmacêutica**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2007.

BRASIL. **Lei Federal nº. 8080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 176 de 8 mar. 99**. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos Municípios e Estados ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e defines valores a serem transferidos. Mar., 1999.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1 n. 96, 20 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica**: instruções técnicas para organização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARLINI E. A. Medicamentos e saúde. In: **Medicamentos, drogas e saúde**. São Paulo: Hucitec-Sobravime, 1995.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)**: Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, p. 290, 1995.

COSTA, E. M. Encontro Farmacoterapêutico. **Revista Eletrônica de Farmácia**. Vol. IV (1), 27-31, 2007.

COSTA, M. M. et al. **Assistência Farmacêutica: um objetivo que pode ser alcançado**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/temp/forumIntersectorial/.../Oficina%2001%20-%20Texto%204%20-%20Assintência%20Farmacêutica>. Acesso em 02 de outubro de 2008.

CUTOLO, L. R. A. Bases epistemológicas da interdisciplinaridade. In: SAUPE, R.; WENDHASEN, A. L. **Interdisciplinaridade e Saúde**, Itajaí: UNIVALI, 2007, p. 17-25.

FERRAES, A. M. B. Determinantes que impactam a atuação do Farmacêutico na Farmácia. **Olho Mágico**. Londrina, v.9, n.1, p. 151, jan./abr., 2002.

JARAMILLO, et al. **Atenção Farmacêutica no Brasil**: Trilhando caminhos. Relatório da Oficina de Trabalho. 2001. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum.../atencaoasaude/DD%201%20Atenção%20Farmacêutica%20no%20Bra. Acesso em 02 de outubro de 2008.

QUELUZ, T. H. T.; LEITE, S. N. Uso Racional de Medicamentos: conceito e alguns elementos para discussão. In: CORDEIRO, B. C.; LEITE, S. N. **O farmacêutico na atenção à saúde**. 2. ed. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2008.

LEITE, S. N.; CORDEIRO. B. C. Promoção do uso racional de medicamentos: a interdisciplinaridade necessária. In: SAUPE, R.; WENDHASEN, A.L. **Interdisciplinaridade e Saúde**. Itajaí: UNIVALI, 2007, p. 157-171.

- MARIN, N. et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. 20. ed. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.
- MEROLA, Y. R. et al. Incentivo a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: um projeto em discussão. **Revista Eletrônica de Farmácia**. Vol 5(1), 95-100, 2008.
- NICOLETTI, M. A. Importância do uso racional de medicamentos: uma visão pessoal. **Revista Saúde**, v.1, p.32-36, 2007.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE-OPAS. **Guia para el diagnostico de farmacias y servicios farmacêuticos em las unidades de salud**. Programa Regional de Medicamentos Essenciales, 1992.
- PERINI, E. Assistência Farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: ACURCIO, F.A. (org). **Medicamentos e assistência farmacêutica**. Belo Horizonte: COOPMED, 2003.
- PERINI, E., ACURCIO F. A. Farmacoepidemiologia. In: GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. **Ciências farmacêuticas; uma abordagem em farmácia hospitalar**. 1ª. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.
- REIS, A. M. M. **Atenção farmacêutica e promoção do uso racional de medicamentos**. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v4n2/doc/atenciaofarmauso.doc>. Acesso em 25 de setembro de 2008.
- ZANINI, C. A. et al. Assistência farmacêutica. In: ZANINI & OGA. **Farmacologia aplicada: uso racional do medicamento**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, cap. 83, p. 681-693, 1985.

FRENECTOMIA DA LINGUA

Patricia Fereira ASSIS¹, Silmar Antunes PEREIRA² & José Alberto Tinoco CHIARELLO³

¹ Aluna do Curso de Odontologia – UNIG CAMPUS V – Itaperuna / RJ, Brasil.

² Professor e Orientador de Odontologia – UNIG CAMPUS V – Itaperuna / RJ, Brasil.

³ Professor e Orientador de Odontologia – UNIG CAMPUS V – Itaperuna / RJ, Brasil.

RESUMO

A anquiloglossia, mais conhecida popularmente como língua presa, é caracterizada por uma anomalia congênita do frênulo ou freio lingual muito curto, que se encontra localizado da ponta da língua até o assoalho da boca, limitando os movimentos da língua, alterando a fala, mastigação entre outros. O freio lingual é considerado uma inserção fibro muscular localizado embaixo da língua e que se insere na parte de trás da gengiva inferior e que, por razões desconhecidas pode está inserida e atuando de forma errada. Embora os pacientes portadores de freio lingual com inserção indevida possam estar totalmente adaptados a esta condição, uma inserção errada pode trazer sérios problemas de fonação e deglutição. O estado geral do indivíduo retrata uma mudança de comportamento, com possível retardo de linguagem e difícil sociabilidade. Por fim, pretende-se analisar os procedimentos cirúrgicos para a liberação do freio lingual curto e acompanhamento fonoaudiológico dentro da motricidade oral. Esta é uma pesquisa bibliográfica cujos tópicos em reeducação para cada fonema são especificados.

Palavras chave: anquiloglossia, língua, freio lingual

ABSTRACT

The ankyloglossia, more popularly known as lisp, is characterized by a congenital anomaly of the frenulum or too short lingual frenulum, which is located the tongue tip to the floor of the mouth, limiting tongue movements by changing the speech, chewing between others. The lingual frenulum is considered a fibro muscular insertion located under the tongue and is inserted in the back of the lower gum and, for unknown reasons can is inserted and acting the wrong way. Although patients with lingual frenulum with improper insertion can be fully adapted to this condition, an erroneous insertion can cause serious problems in speech and swallowing. The general state of the individual depicts a change in behavior, with possible delayed language and difficult sociability. Finally, we intend to analyze the surgical procedures for the release of short lingual frenulum and speech therapy within the oral motor. This is a bibliographical research whose topics in rehabilitation for each phoneme are specified.

Keywords: ankyloglossia, language, lingual frenulum

1 Introdução

Anquiloglossia, ou língua presa, é uma anomalia rara. Esse termo traduz-se pelo aparecimento de um freio lingual curto ou inserido muito próximo à ponta da língua, de aspecto fibroso. O freio lingual curto pode contribuir para problemas mecânicos na alimentação, fala e amamentação.

Esta anomalia é observada, geralmente, em recém-nascidos e em crianças quando o frênulo (pequena tira de tecido que conecta duas estruturas) é muito curto e unido à ponta da língua, limitando seus movimentos normais. O tipo de freio lingual curto mais comum é da

forma parcial. Identifica-se uma relação casual envolvendo a associação de anquiloglossia e dificuldade na amamentação em recém-nascidos, quando a anquiloglossia está associada à alterações de sucção pode interferir no aleitamento materno ou na fala. (LALAKEA & MESSNER)

Não se trata de tecido muscular, mas uma prega mediana de túnica mucosa que passa da gengiva para a face posteroinferior da língua e recobre a face lingual da crista alveolar anterior. O freio lingual é formado por tecido conjuntivo fibroso e, muitas vezes, por fibras superiores do músculo genioglosso. À medida que há desenvolvimento e crescimento ósseo com prolongamento lingual e erupção dentária, o freio lingual migra para a posição central até ocupar a sua posição definitiva com o nascimento dos dentes.

Inúmeras alterações são encontradas por conta de um freio lingual curto, principalmente no que diz respeito às funções estomatognáticas: sucção, mastigação, deglutição e até mesmo a respiração. Por isso, as mães devem observar seus filhos para que possam detectar essa anomalia o mais cedo possível, pois diagnóstico precoce continua sendo a chave principal para a prevenção e tratamento, não só de pequenas alterações, como também de enfermidades mais comprometedoras.

A modificação da inserção acontece da ponta da língua até o rebordo alveolar lingual e é visível já no nascimento. Sua definição varia desde uma vaga descrição de língua que funciona com a extensão da atividade menor que a normal até a descrição de freio curto, espesso, muscular ou fibroso. A fusão da língua com o soalho da boca mostra-se uma condição rara; a anquiloglossia parcial é mais comum. Essa anormalidade dificulta os movimentos da língua, principalmente na pronúncia de certas consoantes e ditongos labiodentais.

A frenectomia permite o retorno da mobilidade lingual, e não se forma nenhuma aderência depois da incisão horizontal do freio (com tesoura e sob anestesia local). Em algumas situações, repete-se a intervenção cirúrgica para obter êxito na mobilidade da articulação da língua. Para Santos et al. (2007), a frenectomia deve ser realizada de modo mais precoce possível ou assim que for dado o diagnóstico. O protocolo tem o propósito de prevenir ou minimizar as implicações relacionadas ao mau posicionamento dentário e ao desenvolvimento muscular, os quais ficam prejudicados. Além do procedimento cirúrgico, a complementação com tratamento fonoaudiológico muitas vezes é necessária a fim de restabelecer a fisiologia normal de deglutição e fonação.

De acordo com a literatura, o frênulo é considerado normal quando a sua inserção vai da metade da face inferior da língua até o assoalho da boca. É considerado com inserção anteriorizada quando a inserção na face sublingual ocorre em qualquer ponto após o meio da face sublingual até a ponta da língua. O frênulo é considerado curto, quando mesmo inserido no meio da face sublingual é de tamanho pequeno em relação à normalidade, muitas vezes dificultando o acoplamento da língua no palato duro. O frênulo pode ainda, ser considerado curto com inserção anteriorizada, quando além de curto, apresentar a inserção anteriorizada.

Em uma revisão bibliográfica foi possível observar que existe grande controvérsia quanto à execução da frenectomia lingual e as suas verdadeiras contribuições para a melhoria das funções da língua e uma maior ponderação quanto à execução da frenectomia labial, pois existem diferentes opiniões devido à idade ideal e a sua conciliação com o tratamento ortodôntico. Existem muitas contradições, mas em muitas pesquisas estudadas pelo autor esta pode estar justificada devido a problemas na pronúncia de certas letras, que podem ser originados devido às limitações de certos movimentos articulatorios. Também na fase de amamentação estudos comprovam que com uma anquiloglossia significativa, a frenectomia facilitava a transferência do leite para o bebê, em outros ainda era referida a melhoria significativa nos problemas e patologias sentidas pela mãe, tanto ao nível do mamilo como da mama. Existe assim uma necessidade de fazer o diagnóstico recorrendo a uma avaliação multidisciplinar.

Estudos mais elaborados são necessários para que todos os profissionais, que avaliam o problema do freio, pudessem classificar, assim como indicar condutas semelhantes. O freio além de comprometer a estética e o tratamento ortodôntico também prejudica a fonética. Devido a todas as limitações em que freio hipertrófico pode resultar, os autores afirmam que os pacientes submetidos à cirurgia na maioria dos casos precisam de acompanhamento de uma equipe multidisciplinar.

A frenectomia pode resultar numa situação estética desfavorável devido à ausência de tecido conjuntivo adequado, por isso defende o uso de um enxerto gengival, com o intuito de corrigir e melhorar os resultados da remoção do freio. E a cicatrização após a cirurgia ocasiona uma área com pouca gengiva ceratinizada inserida, o que pode predispor ao acúmulo de placa bacteriana e possibilitar a recidiva do freio.

2 Materiais e Métodos

Paciente, L.F.S, 9 anos, sexo masculino, chegou a Clínica Odontológica da UNIG Itaperuna / RJ, com queixa principal de dificuldade na fonação.

O exame clínico intraoral evidenciou freio lingual curto que limitava a amplitude de movimentos da língua e com inserção próxima à ponta da língua (figura 2). A inserção na base e na ponta da língua dificultava a protrusão da língua para fora da boca e fazia esta se dobrar. Tal condição não permitia um padrão de deglutição normal. A criança exibia dificuldades na fala associadas à limitação dos movimentos linguais.

O tratamento de frenectomia seguiu-se conforme descrito:

1. Foi realizada assepsia, seguida por anestesia tópica e posteriormente anestesia infiltrativa local.
2. Depois que a anestesia se completou, uma pinça hemostática serviu para segurar o freio, e um bisturi lâmina 15 foi usado para liberá-lo.
3. A ferida cirúrgica foi suturada com fio de sutura 4.0 (catgut).
4. Dispensou-se a criança após a mãe receber instruções a fim de evitar hemorragias pós-operatórias e tratar o desconforto com analgésicos não narcóticos.
5. Passados sete dias da intervenção cirúrgica, o paciente foi reexaminado e a área operada já estava em processo de cicatrização.
6. Nesse período a função da língua foi avaliada e se observou melhoria na capacidade de movimentação e fala. O fato sugeriu um excelente prognóstico para o caso.

3 Resultados

Ao exame clínico foi constatado inserção baixa do freio lingual com indicação cirúrgica para frenectomia lingual associada a terapia com fonoaudiólogo. O objetivo foi remover o freio lingual por solicitação do fonoaudiólogo auxiliando os exercícios que visa a melhoria na fonação da criança.



Fig. 1 – Mesa Cirúrgica



Fig. 2 – Foto Clínica Inicial do Freio



Fig. 3 – Antissepsia



Fig. 4 – Anestesia Tópica



Fig. 5 – Anestesia infiltrativa local



Fig. 6 – Pinçamento do freio



Fig. 7 – Incisão com bisturi lâmina 15



Fig. 8 – Sutura



Fig. 9 – Foto clínica final após 7 dias de remoção dos pontos

4 Discussão

Por vezes é complicado diagnosticar a necessidade de frenectomia, pois as várias definições de anquiloglossia, pesquisas sobre esta e a necessidade de remoção do freio, parcial ou total, nem sempre são justificadas. A frenectomia é uma técnica eficaz na remoção de freios anormais e podendo sofrer variações, segundo a extensão, inserção e grau de envolvimento do freio.

Sabe-se que qualquer problema que comprometa a saúde da língua pode refletir seriamente nas funções bucais. A anquiloglossia é uma anomalia oral congênita caracterizada por freio lingual muito curto capaz de resultar em graus variáveis de diminuição da mobilidade lingual. A língua possui papel essencial na articulação das palavras, bem como função importante no transporte de alimentos e na deglutição.

No caso mencionado a anquiloglossia apresentava relevância clínica e social, uma vez que provocava modificações morfofuncionais. A criança exibia dificuldade na fala acompanhada de limitação dos movimentos da língua, além de um padrão de deglutição anormal por causa do freio lingual curto, o qual limitava a amplitude de movimentos da língua. Ele sentia também dificuldade na articulação de palavras labiodentais.

Como as alterações do frênulo da língua variam de leve a severa, as funções orofaciais nem sempre são comprometidas.

Avaliar o paciente antes e após a frenectomia, assim como os resultados da fonoterapia, é fundamental para aumentar as evidências científicas do que é melhor para os pacientes. Isso traria maior assertividade em casos de alterações do frênulo da língua.

As restrições dos movimentos da língua e das funções realizadas por ela, quando o frênulo lingual está alterado, são amplamente descritas na literatura. Assim sabe-se que as alterações do frênulo lingual, a idade do sujeito e os diferentes tipos de procedimentos cirúrgicos influenciam os resultados finais.

5 Conclusão

O freio lingual é uma prega que surge na linha mediana, como ligação entre a superfície ventral da língua e o assoalho da cavidade bucal. No recém-nascido, ele se estende do ápice da língua até a base do processo alveolar da mandíbula e, com o alongamento da língua, passa a ocupar a porção central da sua face anterior, que é a posição definitiva.

O prognóstico da frenectomia é tanto melhor quando mais precoce for o diagnóstico e a intervenção. A cirurgia do freio lingual devolveu as funções da língua ao sistema estomatognático do paciente. Diante disso conclui-se que a frenectomia em questão foi um sucesso, pois em diferentes graus a frenectomia foi eficiente para melhorar a postura e os movimentos da língua, as funções orais, a postura dos lábios e a comunicação oral do paciente que constituía esse relato de caso.

O exame rotineiro do freio lingual possibilita encontrar anomalias de sua inserção e delinear medidas preventivas para as intercorrências no período de aleitamento materno. No presente relato a inserção anormal da língua alterava de modo significativo as funções de deglutição, os movimentos da língua, a fala e a articulação das palavras. A cirurgia do freio lingual devolveu as funções da língua ao sistema estomatognático do paciente.

O freio lingual, assim como o freio labial, é considerado uma inserção fibro muscular e que, por razões desconhecidas pode estar inserida e atuando de forma errada.

Embora os pacientes portadores de freio lingual com inserção indevida possam estar totalmente adaptados a esta condição, uma inserção errada pode trazer sérios problemas de fonação e deglutição, sem contar que estas pessoas constantemente são alvo de brincadeiras, sendo chamadas de língua presa e outros adjetivos.

Aconselha-se o acompanhamento fonoaudiológico após a cirurgia periodontal, pois devido a imobilização e restrição de movimentos causados pelo freio lingual, alguns músculos acham-se atrofiados. Alguns pacientes, mesmo após a liberação das inserções, não conseguirão realizar todos os movimentos possíveis, se não submetidos a exercícios específicos.

Por fim, o prognóstico da frenectomia é tanto melhor quanto mais precoce for o diagnóstico e a Intervenção.

A avaliação multiprofissional (pediatra, fonoaudiólogo, ORL, odontopediatra) é importante para que seja feito o correto diagnóstico e indicação para o tratamento cirúrgico e fonoterápico, os quais revertem com sucesso as conseqüências desta anormalidade.

6 Referências

BRAGA L.A.S; PANTUZZO C.A; MOTTA A.R. Prevalência de alterações no frênulo lingual e suas implicações na fala de escolares. **Rev CEFAC. 2009**;11(Supl3):378-90.

BRITO S.F; MARCHESAN I.Q; BOSCO C.M; CARRILHO MARCHESAN I.Q; BOSCO C.M; CARRILHO A.C.A; REHDER M.I. Frênulo lingual: classificação Frênulo lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica. **Rev CEFAC. 2008 Jul-Sep**;10(3):343-51.

CORREIA M.S.N.P. **Odontopediatria na primeira infância**. 3. ed. São Paulo: Santos; 2009. p. 3. ed. São Paulo: Santos; 2009. p. 942.

Frenulotomy for Breastfeeding Infants With Ankyloglossia: Effect on Milk Removal and Sucking Mechanism as Imaged by Ultrasound. *American Academy of Pediatrics*. Disponível em: www.pediatrics.org

KOTLOW L. **Ankyloglossia (tongue-tie): a diagnostic and treatment quandary.** *Quintessence Int.* 1999;30(4):259-62.

LALAKEA M.L; MESSNER A.H. **Pediatr Clin North Am.** 2003 Apr;50(2):381-97. Review.

LEAL R.A.S. **Frenectomia lingual e labial em Odontopediatria.** Portugal, 2010.

LOPES C.M.L; BALDANI M.H; SCHEIDT W.A. **Prevalência de alterações bucais em crianças atendidas nas clínicas de bebês de Ponta Grossa – PR – Brasil.** *Pesq Odontol Bras.* 2001 OctDec;15(4):302-7.

MELO N.S.F.O; LIMA A.A.S; FERNANDES A; SILVA R.P.G.V.C. **Anquiloglossia: relato de caso.** *RSBO.* 2011 JanMar;8(1):102-7.

SANTOS E.S.R; IMPARATO J.C.P; ADDE C.A; MOREIRA L.A; PEDRON I.G. Frenectomia a laser (Nd: YAP) em odontopediatria. **Rev Odonto.** 2007;15(29):107-13.

O EXERCÍCIO AERÓBICO COMO FATOR CONTRIBUINTE PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Clariana Bueno CAMPANHARO¹, Diego Valentin Severo PUPIN¹, Elizânia Rodrigues de ARAÚJO¹, Milena Santos LÍVIO², Guilherme Lemos IMBELLONI^{2*} & Tiago Pacheco Brandão RIBEIRO³

¹ Discentes do Centro Universitário São Camilo – ES – Curso de Graduação em Fisioterapia – Cachoeiro de Itapemirim/ES, Brasil.

² Docentes do Centro Universitário São Camilo – ES – Curso de Graduação em Fisioterapia – Cachoeiro de Itapemirim/ES, Brasil.

³ Docente da Universidade Iguazu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.
*guilhermeimbelloni@hotmail.com

RESUMO

Este artigo tem como objetivo o estudo do controle da hipertensão arterial em idosos através dos exercícios aeróbicos. Metodologia: a metodologia utilizada foi revisão narrativa da literatura com coleta de dados na base eletrônica scielo entre outros locais com as palavras chaves: hipertensão arterial em idosos, exercícios aeróbicos, ocorreu no período de 19 de outubro a 11 de novembro de 2015. Foram encontrados 11 artigos, mas apenas 9 estavam dentro do tema proposto. Conclusão: os exercícios aeróbicos são uma das formas de controle da hipertensão arterial em idosos de maneira que em vários estudos demonstrou sua eficácia de maneira que vários idosos apresentaram uma diminuição significativa tanto na pressão sistólica quanto na diastólica.

Palavras chave: hipertensão arterial, idosos, exercício aeróbico.

ABSTRACT

This article aims to study the control of hypertension in the elderly through aerobic exercises. Methodology: the methodology used was the narrative review of data collection with literature in electronic scielo base and other sites with key words: hypertension in the elderly, aerobic exercises, it occurred in the period from 19 october to 11 november 2015. We found 11 articles, but only 9 were within the proposit. Conclusion: aerobic exercises are one way of controlling hypertension in the elderly qe so in several studies showed the efficacy so that several older a significant decrease in both systolic pressure and the diastolic.

Keywords: Hypertension arterial, elderly, aerobic exercise.

1 Introdução

O Brasil é um país em desenvolvimento que vem gerando melhorias nos avanços da medicina sendo a população contemplada com o aumento da qualidade de vida, resultando em aumento do número de idosos, o perfil epidemiológico acompanha essas mudanças (BATISTA FILHO; RISSIN 2003), e as mulheres são as que mais se destacam no tocante ao aumento da obesidade (MONTEIRO, 2008) dado esses também encontrados neste trabalho.

Diante desse súbito aumento na expectativa de vida, nos deparamos com as principais causas de morte em pacientes geriátricos que são as doenças cardiovasculares, câncer, acidentes vasculares cerebrais, doenças do pulmão e pneumonia. As causas de maior morbidade são

artrites, perda de audição, perda da visão, Diabetes Mellitus, doença de Alzheimer, osteoporose, incontinência, distúrbios cognitivos e quedas (Zaslavsky et. al, 2002).

Uma das características da sociedade atual é o grande número de pessoas que atinge idade avançada e está intimamente relacionado ao progresso mundial, ao aumento cada vez maior de pessoas preparando-se para uma vida mais longa, com melhores perspectivas de vida social e psicologicamente sadia. De acordo com Zaslavsky e colaboradores (2002), o número de pessoas com idade de 60 anos ou mais continua aumentando gradativamente.

A expectativa de vida média está aumentando regularmente e espera-se que a média de idade no ano de 2020 seja em torno de 73 anos, tanto para homens como mulheres.

Paralelamente ao envelhecimento, ocorre o aumento da inatividade física, entre os idosos, como demonstrado no último levantamento do Ministério da Saúde, fator de risco que contribui para o aumento da incidência de doenças crônicas, entre estas a hipertensão arterial (MINISTERIO DA SAUDE, BAUMAN, 2009). De fato, o idoso é mais suscetível aos efeitos adversos do sedentarismo, ao exercício físico de intensidade elevada e à terapia medicamentosa, sendo necessária maior compreensão dos efeitos do envelhecimento associados a esses fatores (TAYLOR, SCHER, 2008).

Alterações cardiovasculares são comuns em indivíduos idosos, dentre estas a mais frequente é a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE; 2010), no Brasil a (HAS) foi à enfermidade que mais se destacou entre as pessoas de 60 anos ou mais, numa proporção de 50%. A HAS é uma doença de caráter multifatorial que tem fatores de risco intrínsecos e extrínsecos para seu desenvolvimento, como a hereditariedade, a etnia, o consumo elevado de álcool, o tabagismo, a inatividade física, a idade elevada, o gênero e a obesidade (QUEIROGA, 2009).

Os agravos provocados pela obesidade fazem fortalecer a necessidade da promoção de saúde entre os idosos, através de intervenções que evitem o avanço das morbidades. O fisioterapeuta está apto a atuar nos três níveis de atenção, atualmente sua inserção está mais voltada para a reabilitação, ao trabalhar a prevenção de morbidade em idosos, sua participação volta-se ao cuidado primário, melhorando o estado de saúde, prevenindo a piora e promovendo a manutenção da capacidade funcional, favorecendo um envelhecer bem sucedido representando dessa maneira a qualidade de vida.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). O aumento da PA está relacionado com a idade; sendo assim, a prevalência de HAS é maior que 50% entre indivíduos com 60-69 anos (Sociedade Brasileira de cardiologia, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares (CHOBANIAN, GREEN, 2003). Estima-se que 54% dos casos de acidente vascular cerebral e 47% dos infartos agudos do miocárdio estejam relacionados a elevados níveis pressóricos (LAWES, RODGERS, 2001). Aproximadamente 1 bilhão de pessoas viviam com a hipertensão em 2000, valor que deve aumentar 60% em pouco mais de duas décadas e chegar a 1,56 bilhão em 2025 (KEARNEY ,REYNOLDS,200. Além disso, a HAS é responsável por cerca de 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo (CHOBANIAN, GREEN, 2003).

Muitos fatores de risco para hipertensão são modificáveis, o que torna a hipertensão evitável na maioria dos casos ou com alta probabilidade de controle, se já presente (LESSA, 2006). Etnia, idade, sexo e predisposição genética são fatores não modificáveis. E fatores ambientais e socioeconômicos são de difícil modificação, logo, a atenção do profissional com relação aos mesmos deve ser diferenciada. O sal, o álcool, a obesidade e o sedentarismo são passíveis de modificação a fim de reduzir o risco para hipertensão.

A implementação de estilos de vida que afetam de forma favorável a população tanto pode prevenir o risco de desenvolver como contribuir para o tratamento da hipertensão arterial. Assim faz-se necessário uma atenção especial a cada fator de risco modificável, como, o controle

do peso e obesidade, porque sabemos que mesmo uma modesta perda de peso pode diminuir níveis da pressão arterial.

Para o controle e adequado manejo da pressão arterial elevada e de suas consequências é imprescindível à identificação e acompanhamento dos hipertensos pelos serviços de saúde (FIRMO, UCHÔA, 2004), pois tratamentos farmacológicos e não farmacológicos são capazes de melhorar significativamente o prognóstico da doença e a qualidade de vida das pessoas (MÉNDEZ, SANTAMARIA, 2008). Um dos determinantes para a busca dessas medidas terapêuticas é o próprio conhecimento da condição de hipertenso (FIRMO, UCHÔA, 2004), no entanto, em muitos casos, esse diagnóstico precoce não ocorre.

A pratica regular de exercício físico conduz a importantes adaptações cardiovasculares, reduzindo a PA sanguínea em indivíduos hipertensos (PESCATTELO, BASTER, 2005). Felizmente, sabe-se que 75% dos pacientes hipertensos, que realizam exercício físico regular, diminuem os níveis de PA (PARK, BROWN, 2000), o que faz com que essa conduta seja considerada importante ferramenta no tratamento da HAS (MONTEIRO, RONDON, 2004). Tem sido documentado que o exercício físico pode controlar a HAS ate mesmo dispensando o uso de medicamentos (BRUN, RONDON, 2003), ajudando a reduzir a dose ou a quantidade de medicamentos anti-hipertensivos (MARS, CADE, 1984), aumentando a capacidade funcional e melhorando a qualidade de vida e o prognostico de doenças (MONTEIRO et al, 2008).

O tratamento não medicamentoso inclui diminuir o peso corporal, diminuir a ingestão de sódio, aumentar a ingestão de potássio, aderir à dieta rica em frutas, vegetais e alimentos com baixo teor de gordura, atenuar o consumo de álcool, cessar o tabagismo e praticar exercícios físicos, sendo DASGUPTA, PAPPACHAN et al, (2014) , esta última uma das mais estudadas e exploradas formas de tratamento não medicamentoso,. Estudos demonstram que uma única sessão de exercício físico proporciona hipotensão p s-exercício (HPE), que consiste na redução da PA após o exercício físico para valores inferiores àqueles medidos antes do exercício. Pesquisas reportam que, entre hipertensos, o exercício físico diminui cronicamente a pressão arterial sistólica (PAS) e a pressão arterial diastólica (PAD) de repouso, em média, 8,3 mmHg e 5,2 mmHg, respectivamente, estando à redução crônica da PA associada ao efeito cumulativo das reduções agudas (CORNELISSEN, PESCATELLO, 2013). Sendo Gomes et al, (2011), assim, nos últimos anos, diversos estudos tem procurado descrever os benefícios e as peculiaridades do exercício físico, principalmente o aeróbio, no tratamento da HAS.

O exercício físico (EF) é uma atividade física planejada, estruturada e repetitiva, que tem como objetivo final ou intermediário aumentar ou manter a saúde e a aptidão física, (MORAES, FERREIRA, 2007) podendo propiciar benefícios agudos e crônicos. Dentre eles destacam-se a melhora no condicionamento físico; a diminuição da perda de massa óssea e muscular; o aumento da força, coordenação e equilíbrio; a redução da incapacidade funcional, da intensidade dos pensamentos negativos e das doenças físicas; e a promoção da melhoria do bem-estar e do humor, (KAPRINIS, CAMILLERI, 2003) além da redução da pressão arterial (PA) pós-exercício em relação aos níveis pré-exercício (PESCATTELO et al,2004).

Os efeitos agudos tardios do EF são aqueles observados nas primeiras 24 ou 48 horas (ou até 72h) após o exercício, levando a uma discreta redução dos níveis tensionais. Já os crônicos adaptativos resultam da exposição regular, associando-se a adaptações fisiológicas que ocorrem num prazo mais longo, decorrentes de treinamento regular e dependentes do tipo de sobrecarga aplicada. Em indivíduos treinados, verifica-se atenuação da hipertensão arterial sistêmica (HAS), levando à bradicardia de repouso (BRUNO, CROUSE, 2004). Porém, para que a hipotensão pós-exercício tenha importância clínica, é necessário que ela tenha magnitude importante e perdure por um período superior a 24 horas subsequentes à finalização do exercício físico.

2 Materiais e Métodos

O presente artigo trata-se de uma revisão bibliográfica onde foi realizada uma pesquisa de artigos no site scielo, entre outros sites com o objetivo de relacionar os exercícios aeróbicos com o controle da pressão arterial em idosos, com isso foram selecionados 10 artigos dos anos de 2010 até 2015, com as palavras chaves exercício aeróbico, hipertensão arterial e idosos, no período compreendido entre 19 de outubro a 11 de novembro de 2015.

3 Resultados e Discussão

O Sistema Único de Saúde (SUS) representou na última década do século XX e nos primeiros anos do século XXI o resultado de uma organização do sistema de saúde que apresentava como diretrizes a integralidade, equidade, universalidade e intersetorialidade. O modelo de saúde proposto ressaltou a atenção integral à saúde, visando, dessa forma, superar o modelo anterior que era baseado na doença. (BARBOSA, SILVA, 2010) A Atenção Básica surgiu como forma de organização por meio de ações de saúde e foi reestruturada em 1994 com a implementação do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é um meio de tentar consolidar os princípios do SUS, representando uma estratégia para reorganização da prática assistencial, composta por equipes multiprofissionais em espaço delimitado, além de promover uma comunicação diferenciada com a população acerca da promoção de saúde, no cenário mais amplo (FERREIRA, SILVA, 2010). Por meio da Conferência Nacional de Saúde (CNS), aprovou-se em 2003 a integração de fisioterapeutas na equipe multiprofissional em apoio às equipes de Saúde da Família. Em consonância com as diretrizes supracitadas, a fisioterapia se inclui adequadamente à ESF, visto que se associa ao princípio da integralidade e, por intermédio das questões que a profissão considera, pode proporcionar melhoria na qualidade da população atendida pelas equipes (SILVA, BORGES, 2010). O fisioterapeuta como componente da ESF possui atribuições específicas, dentre elas, dar assistência a todas as fases do ciclo de vida, atender pacientes com doenças exclusivas, bem como, orientar, prevenir e melhorar a qualidade de vida; com base nessas prerrogativas insere-se a responsabilidade desse profissional em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (RAGASSON).

No caso da HAS, existe uma concordância absoluta acerca da necessidade de tratamento para redução da morbimortalidade para doenças cardiovasculares. Há também uma identificação mais aprimorada, assim como um melhor acompanhamento desses pacientes que são resultados dos mecanismos dispostos pela ESF centrados na promoção da qualidade de vida e intervenção dos fatores de risco (LIMA, PAIVA, 2009).

Uma das principais causas de morte no Brasil está associada a problemas cardiovasculares. As doenças cardiovasculares são responsáveis por quase um terço dos óbitos totais, atingindo a população adulta em plena fase produtiva. (VINHAL, 2008). A hipertensão arterial (HA) é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle. É também reconhecida como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento do acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio (MACMAHON et al., 1995).

A redução dos valores pressóricos, mesmo em sujeitos normotensos, é um importante fator para minimizar o risco de doença cardíaca (BRANDÃO, 2003). Uma forma bem aceita para tratamento da HA é a prevenção primária (KOHLMANN JUNIOR et al., 1999) com a execução de exercícios físicos que, segundo a literatura, diminuem os níveis pressóricos de repouso em indivíduos hipertensos (POLITO, FARINATTI, 2003). Portanto, a tendência de utilizar precocemente agentes farmacológicos foi substituída por agentes não farmacológicos, dentre estes, o exercício físico aeróbico (MONTEIRO, SOBRAL FILHO, 2004). Ele provoca

uma série de respostas fisiológicas nos sistemas corporais e, em especial, no sistema cardiovascular com o intuito de manter a homeostasia celular. (BRANDÃO et al., 2002 apud VINHAL, 2008). O exercício físico regular contribui para a diminuição da PA em repouso, podendo ocorrer de duas maneiras distintas. Primeiramente, ocorreria efeito hipotensivo pós-exercício, que significa redução dos valores de repouso da PA após o término do esforço (MACDONALD, 2002 apud MAIOR, 2005). Essa resposta dá-se nas horas subsequentes ao término da atividade física, podendo perdurar alguns dias. (THOMPSON et al., 2001). Outra forma de redução da PA é através da resposta crônica, proporcionada pela continuidade da atividade física (ARAÚJO, 2001).

Um fator relevante quando se aborda a hipotensão pós-exercício é o mecanismo responsável pela redução pressórica que pode estar relacionada tanto a efeitos agudos como a efeitos crônicos (treinamento) do exercício físico. (BRANDÃO et al., 2002). A hipotensão pós-exercício (HPE) é um fenômeno agudo de diminuição dos valores da PA de repouso, num período de tempo subsequente (minutos/horas) à realização de uma sessão de exercício. A HPE parece ocorrer em indivíduos de gênero e idades diferentes, em normotensos e hipertensos, independentemente da intensidade, duração, modo de exercício e da quantidade de massa muscular ativa. (MACDONALD et al., 2002, FORJAZ et al., 2004 apud MENDES e BARATA, 2008). Segundo NEGRÃO, RONDON, (2001), o efeito agudo do exercício físico, do ponto de vista hemodinâmico, para a diminuição na pressão arterial (PA) após uma única sessão de exercício físico aeróbico somente poderia ser explicada por uma queda na resistência vascular periférica total ou por uma redução no débito cardíaco. Portanto, de acordo com NEGRÃO, RONDON, (2001), pode-se dizer que uma única sessão de exercício prolongado de baixa ou moderada intensidade provoca queda prolongada na PA. Essa queda depende, basicamente, de uma diminuição do débito cardíaco, associado à redução do volume sistólico.

Os mecanismos pelos quais os exercícios crônicos, em longo prazo, atenuam a hipertensão também não estão esclarecidos completamente, porém após um programa de exercício físico aeróbico a redução da atividade nervosa simpática periférica contribui para a atenuação da PA, visto que observa-se que os níveis de norepinefrina circulante estão diminuídos (HADDAD et al., 1997). Em estudos de MARTIN (1996) também se observou a diminuição dos níveis de catecolaminas plasmáticas de indivíduos realizando exercício físico aeróbico, porém só após três semanas de treinamento.

Segundo MION JUNIOR et al., (2007), diversos trabalhos ressaltam as reduções na PA, que acompanham o exercício físico aeróbico, e a associam, não somente a redução nos níveis plasmáticos de catecolaminas, como também ao aumento no tônus vagal. Baseados em dados clínicos e experimentais, a hiperatividade do sistema nervoso simpático (SNS) pode ser também um importante mecanismo responsável pela elevação inicial da PA na HAS (MION JUNIOR et al., 2007, BRANDÃO et al., 2002). Outro fator importante é que aumentos nos níveis de insulina podem elevar os níveis de PA, pela reabsorção de sódio e/ou secreção de catecolaminas. Como o exercício físico aeróbico estimula a liberação de glucagon, e esse hormônio atua de forma antagonista à insulina, esta última tem sua liberação diminuída quando existe trabalho muscular, principalmente como forma de tornar a glicose mais disponível para a atividade. Além disso, as catecolaminas, cuja concentração é aumentada durante o exercício, têm a propriedade de baixar os níveis de insulina. Postula-se que a redução nos níveis de insulina com o exercício físico aeróbico poderia reverter à elevação da PA. (CANALLI, KRUEL, 2001).

Considerando que o exercício aeróbio isolado tem um efeito hipotensivo e que a sua realização, de forma regular, encerra um potencial de longo prazo na redução da PA, então, poderá afirmar-se que o exercício aeróbio se constitui como uma medida de modificação do estilo de vida, com elevado valor para a prevenção primária da hipertensão, e como estratégia terapêutica não farmacológica importante para o tratamento e controle da mesma (WALLACE, 2003).

Segundo OLIVEIRA FILHO, SALVETTI, (1996), a prescrição de exercícios físicos aeróbicos na reabilitação cardiovascular na HA deve ser individualizada, levando-se em conta as condições clínicas e cardiológicas, as habilidades e aptidões e o grau sociocultural do indivíduo. É importante que o programa a ser realizado se baseie em resultados obtidos em testes ergométricos, com monitorização da curva de pressão arterial (PA), através da qual verificam-se respostas anormais ao exercício. O nível atingido de PA na prova de esforço é também recurso subsidiário, essencial para a determinação da intensidade do exercício proposto, e seu acompanhamento (PASSARO, GODOY, 1996). De acordo com CHOBANIAN et al., (2003), os princípios gerais para a prescrição de exercícios são válidos para os portadores de HA com o intuito de se obter e manter segurança, devendo sempre ser realizada, passando-se pelas seguintes fases: período de aquecimento, período de condicionamento e período de desaquecimento. Ainda relata CHOBANIAN et al., (2003), que o período de aquecimento corresponde à preparação dos músculos, tendões e tecidos conectivos que serão requisitados durante o exercício; o período de condicionamento é a fase de atividade que aumenta o condicionamento cardiovascular, ou seja, é a execução do exercício propriamente dito e o período de desaquecimento ou fase da desaceleração, é onde o corpo se reajuste, gradualmente, mantendo o retorno venoso ao coração e facilita a dissipação do calor e a remoção do ácido láctico. Conforme RONDON, BRUM, (2003), alguns fatores devem ser considerados para alcançar os efeitos hipotensores do treinamento. É necessária uma padronização quanto à intensidade, duração e frequência das sessões. Portanto, o exercício físico aeróbico bem planejado e orientado de forma correta, quanto a sua duração, intensidade e frequência, podem ter um efeito hipotensor importante. Uma única sessão de exercício físico prolongado de baixa ou moderada intensidade provoca queda prolongada na pressão arterial. (NEGRÃO, RONDON, 2001).

Em geral, os estudos classificam a duração da sessão de treinamento físico como: curta, para durações menores que 30 min; média, para durações entre 31 a 60min; e longa, quando o exercício é realizado por mais de 60 min. (ISHIKAWA et al., 2003 apud ALVES et al., 2007). Segundo FORJAZ et al., (1998), em relação à duração da sessão de exercícios físicos para hipertensos, sendo de longa duração, pode vir a ter um efeito hipotensor pós-exercício maior que o de curta duração. Neste estudo os resultados encontrados demonstram que uma sessão de 45 minutos provoca uma queda pressórica mais acentuada e duradoura que o exercício com a duração de 25 minutos. Conforme REBELO et al., (2001), onde analisaram o efeito agudo de duas sessões de exercício físico aeróbico de diferentes volumes, na magnitude da eventual queda pressórica observada no período pós-exercício em indivíduos hipertensos controlados e observou que a magnitude pressórica provocada pelo exercício é influenciada pela sua duração, isto é, o exercício físico com duração de 45 minutos proporcionou queda mais acentuada da PAS e PAD que na sessão de 25 minutos.

Em geral, é recomendada uma frequência de exercício diária ou quase diária, com um mínimo de 30 minutos de duração, consecutivos ou acumulados ao longo do dia (em períodos mínimos de 10 minutos), de exercício do tipo aeróbico, como caminhar de forma rápida, a uma intensidade moderada de, por exemplo, 40 a 60% do volume de oxigênio de reserva ou da frequência cardíaca de reserva. (AMBROSIONI et al. 2003, WILLIAMS et al., 2004, PESCATELLO et al., 2004 apud MENDES et al. 2008).

Geralmente, os autores dividem a frequência semanal em: inferior a 3 sessões/semana, de 3 a 5 sessões/semana e mais de 5 sessões/semana (ALVES et al., 2007). A frequência semanal de prática do exercício físico, assim como, a duração, é uma variável importante que está relacionada aos prováveis efeitos hipotensores do treinamento. Determinar a frequência mínima de prática semanal para se atingir efeitos hipotensores significativos é uma boa estratégia para a adesão ao treinamento e também para evitar lesões ósteo-articulares. (ISHIKAWA et al., 2003 apud ALVES et al., 2007).

Os exercícios físicos aeróbicos estão incluídos, não somente nas medidas não farmacológicas de tratamento da Hipertensão Arterial, como também constituem componente importante de um tripé básico em que se apoia a saúde (Exercícios, Alimentação adequada e Equilíbrio emocional), na busca do bem-estar total (COOPER, 2002).

O estudo de FORJAZ et al., (1998), demonstra que os níveis tensionais de um indivíduo normotenso podem ser reduzidos significativamente com apenas uma sessão de exercício físico aeróbico e essa redução pode alcançar valores mais evidentes e duradouros com o seu prolongamento. Alguns estudos complementam que essa queda tensional depende do nível inicial da PA, isto é, indivíduos hipertensos apresentam uma diminuição mais acentuada que indivíduos normotensos (FORJAZ, TINUCCI, 2000, FORJAZ et al., 2000, MION JR et al., 2007) e que está diretamente relacionado com a duração do exercício e independente da intensidade. (FORJAZ e TINUCCI, 2000) CORRAZA et al., (2003) comparou os efeitos de curta a longa duração, do exercício físico aeróbico, sobre a PA de mulheres da terceira idade adultas normotensas e hipertensas limítrofes. Foram avaliadas sete mulheres normotensas e sete hipertensas limítrofes, com idade entre 46 e 68 anos, realizando exercício de caminhada em esteira durante 30 min. Foi observada hipotensão pós-exercício em ambos os grupos, contudo, o exercício físico aeróbico foi capaz de provocar efeito hipotensor após o exercício por até 8 horas similarmente em mulheres normotensas e hipertensas limítrofes. Estudos experimentais randomizados têm demonstrado que programas de exercícios físicos melhoram não apenas a aptidão física, mas também os níveis de lipídios sanguíneos, pressão arterial, densidade óssea, composição corporal, sensibilidade à insulina e tolerância à glicose. Assim, parece razoável concluir que a melhoria destas variáveis clínicas poderia levar a redução nas taxas de mortalidade e aumento no tempo de vida saudável das pessoas. (DISHMAN, 1994 apud PITANGA, 2002).

A atividade física repercute na parte preventiva e de tratamento para HAS, visto que apresenta impacto na redução dos valores de pressão arterial (PA) e conseqüentemente diminui o risco de doença coronariana já que esta constitui uma complicação da HAS. A falta de atividade física apresentou mudança no grau de risco para DAC (passou de fator secundário para primário). O fisioterapeuta possui uma função importante no que diz respeito à prescrição e orientação dessa atividade física que deve ser adjunta dos medicamentos necessários e de alterações nos hábitos de vida. A qualidade de vida nesse âmbito é um fator considerável, pois ela pode ser alterada em decorrência dos efeitos adversos provenientes do tratamento farmacológico que esses pacientes são submetidos e das doenças que podem estar associadas. Em síntese, o fisioterapeuta vem conquistando espaço no cenário da ESF, no entanto, a inclusão desse profissional nesse contexto está em um processo de consolidação.

4 Conclusão

O exercício aeróbico vem auxiliar no controle da hipertensão arterial em idosos de maneira significativa, pois diversas pesquisas apresentadas nesse artigo nos mostrou uma diminuição dos níveis pressóricos desde pressão sistólica até a diastólica de forma que muitos idosos apresentaram uma hipotensão no final das atividades, desta maneira melhorando a qualidade de vida e diminuindo os riscos de doenças vasculares.

A importância da inserção do fisioterapeuta nas equipes da ESF se reforça com o fato deste poder ser capaz de intervir em doenças cardiovasculares, com prevenção de agravos por meio de atividade física, em especial os exercícios aeróbicos; cinesioterapia e medidas ou orientações capazes de contribuir para o controle do peso, glicemia e colesterol.

5 Referências

NOGUEIRA, Ingrid Correia, SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo, MONT —ALVERNE, Daniela Gardano Burchales, MARTINS, Aline Barbosa Teixeira, MAGALHÃES, Clarissa Bentes de Araújo. **Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática.** Rev. bras. geriatria. gerontologia. vol.15 no. três Rios de Janeiro Julho/Set. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232012000300019&script=sci_arttext

MACHADO Mariana Carvalho, PIRES, Claudia Geovana da Silva, LOBÃO, William Mendes. **Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença.** Ciênc. saúde coletiva vol.17 no. 5 Rio de Janeiro Mai. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?Pid=S1413-81232012000500030&script=sci_arttext

ZATTAR, Luciana Carmen, BOING, Antonio Fernando, GIEHL, Marúi Weber corseuil, DIORSI, Eleonora. **Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil.** Cad. Saúde Pública vol.29 n.3 Rio de Janeiro Mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000300009

MAGRINI, Weschenfelder, MARTINI, Gue. **Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família.** Enferm. glob. vol.11 no.26 Murcia abr. 2012. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412012000200022&script=sci_arttext&tlng=pt

OLIVEIRA, Karla Pimto Chaves, VIEIRA, Elizabeth de Lourdes, OLIVEIRA, Juliano Domingos, OLIVEIRA, Karinna Russo de, LOPES, Fernando Joaquim Gripp, AZEVEDO, Luciene Ferreira. **Exercício aeróbio no tratamento da hipertensão arterial e qualidade de vida de pacientes hipertensos do Programa de Saúde da Família de Ipatinga.** Revista Brasileira Hipertenso, vol 17, pág. 78-86, São Paulo, abril 2010. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-2/05-exercicio.pdf>

CRUZ, Adelmax Pedral, ARAÚJO, Silvan Silva deSANTOS, Jorge Rollemberg dos, LEÃO, Arley Santos. **O Efeito Hipotensor do Exercício Aeróbico: uma Breve Revisão.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, Volume 15 Número 4, páginas 479-486, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>

CARVALHO, Raphael Santos Teodoro de, PIRES, Cássio Mascarenhas Robert, JUNQUEIRA, Gustavo Cardoso, FREITAS, Dayana, ALVES, Leila Marchi. **Magnitude e Duração da Resposta Hipotensora em Hipertensos: Exercício Contínuo e Intervalado.** Arquivos Brasileiros de cardiologia, São Paulo, 2015, páginas 234-241. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v104n3/pt_0066-782X-abc-20140193.pdf

BUENO, Elaine Alegre, SCHOPTI, Pâmela Pissolato, SILVA, Andressa Oliveira da, TAVARES, Graziela Morgana Silva. **FISIOTERAPIA NA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE DE IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA x SOBREPESO.** Revista contexto & Saúde, v. 10 • n. 20 • Jan./Jun. 2011. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/viewFile/1716/1419>

ARAÚJO, Karen Patricia de Sousa, TONIOLLI, Thaysa Rubinho, DRUMMOND, Adriano. **A fisioterapia em pacientes hipertensos da Estratégia Saúde da Família no Recanto das Emas – Distrito Federal.** Revista Eletrônica Gestão & Saúde, Vol.03, Nº. 02 Brasília, Ano 2012, pagina 773-787. Disponível em: http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/viewFile/178/pdf_1

FATORES DE RISCO DE INFARTO EM IDOSOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Caroline Brito da Silva FRANÇA¹, Tiago Pacheco Brandão RIBEIRO², Ana Maria Ferreira SOARES²,
Guilherme Lemos IMBELLONI², Sandra Helena de OLIVEIRA² & Eduardo Luiz Pereira da SILVA^{2*}

¹ Discente do Centro Universitário São Camilo/ES – Curso de Graduação em Fisioterapia – Cachoeiro de Itapemirim/ES, Brasil.

² Docentes da Universidade Iguazu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

*eduardo.unig@gmail.com

RESUMO

Com o passar dos anos ocorrem alterações cardiovasculares inevitáveis, onde as nossas artérias são elásticas e suportam grandes pressões, começam ser comprometidos principalmente após os 50 anos de idade, deixando as mesmas rígidas, comprometendo assim o funcionamento do sistema circulatório, esse comprometimento pode ocasionar a necrose no miocárdio, como consequência de uma isquemia causada pela obstrução dessas artérias. O objetivo desse estudo é revisar o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) além de informar que existem fatores de risco que aumentam a incidência do mesmo, fatores que podem ser modificados, prevenindo assim uma possível patologia. . O trabalho foi realizado no período de 26 de abril a 05 de julho de 2015, trata-se de uma pesquisa bibliográfica de cunho científico. Através das pesquisas realizadas é possível analisar que são os hábitos de vida que vão determinar o desenvolvimento do IAM. Então é fundamental que haja informação suficiente, a fim de se evitar os Fatores de risco, garantindo assim que esses idosos envelheçam com qualidade de vida.

Palavras chaves: idosos, infarto agudo do miocárdio, fatores de risco.

ABSTRACT

Over the year there are inevitable cardiovascular changes, where our arteries are elastic and support large pressures begin to be mostly committed after the age of 50, leaving the same rigid, thus compromising the functioning of the circulatory system, this commitment may result in necrosis of the myocardium as a consequence of ischemia caused by blockage of these arteries. The aim of this study is to review the Acute Myocardial Infarction (AMI) in addition to report that there are risk factors that increase the incidence of it, factors that can be modified, thus preventing a possible pathology. . The work was carried out from April 26 to July 5, 2015, it is a literature search of scientific nature. Through the research conducted is possible to analyze which are the lifestyle habits that will determine the development of AMI. So it's vital to have enough information in order to avoid the risk factors, thus ensuring that these seniors to age with quality of life.

Key words: elderly, acute myocardial infarction, risk factors.

1 Introdução

O Infarto Agudo do miocárdio (IAM) é um assunto abordado em vários artigos, livros entre outros, porém teve-se a necessidade de se fazer uma revisão de artigo, de forma que abrangesse a população idosa, pois a mesma é escassa em pesquisas no assunto abordado, sendo

que esse público está em constante crescimento além de ser o grupo que mais tem sido acometido pelo mesmo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o idoso a partir da idade cronológica, portanto, idosa é a pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos.

Relata Carvalho (2003) que a população idosa vem crescendo de forma que está sendo considerada como um fenômeno mundial, ocorrendo de forma acelerada. O Brasil estará na sexta posição de países com número de idosos em 2020.

—Com este aumento obtêm-se uma consequência de doenças do envelhecimento serão de um grande conjunto na sociedade, pois adoecer ocorre uma maior pré disposição a doenças, onde uma delas é o IAM (Parahyba, 2008).

Segundo Souza (2006), as principais causas de óbitos crescentes nas próximas décadas é o IAM que atinge a grande maioria dos países desenvolvidos, e atingirá os países em desenvolvimento em grandes proporções.

—O IAM é caracterizado por uma necrose no miocárdio por isquemia grave, causado por uma obstrução por meio de uma placa de gordura, formando um trombo e impede o fluxo sanguíneo arterial coronário (Knobel, 2002).

O quadro clínico clássico de IAM se caracteriza por dor precordial ou retroesternal, por vezes epigástrica, com irradiação para membros superiores (esquerdo), mandíbula e ou região dorsal. Algumas vezes a apresentação clínica é atípica, sem dor característica, com manifestação de desconforto, peso ou mal estar torácico (STEFANINI, KASINSKI e CARVALHO, 2004).

Segundo Pesaro (2004), o termo risco é utilizado para definir se uma pessoa que é exposta a fatores ambientais ou hereditários poderá adquirir alguma doença que são chamados de fatores de risco.

Segundo Colombo e Aguillar, (1997), primeira vez que o termo —fator de risco (FR) foi usado foi em 1961, nos estudos de Framingham Heart Study. Que teve como objetivo FR para doença arterial coronariana (DAC) que comparou indivíduos doentes com os que ainda não apresentavam a doença. Com o passar do tempo, estes fatores foram relacionados com um maior índice da doença, sendo denominados fatores de risco, fator este que tem o papel no desenvolvimento de determinada patologia, que pode ter a classificação como modificáveis e não modificáveis.

O atual trabalho tem como objetivo, trazer uma revisão bibliográfica sobre Fatores de Risco de Infarto em Idosos e sua contribuição para o desenvolvimento do mesmo.

2 Materiais e Métodos

O trabalho foi realizado no período de 26 de abril à 05 de julho de 2015, trata-se de uma pesquisa bibliográfica de cunho científico. A pesquisa pelos artigos foi realizada nas bases de dados: Scielo, Medline, Lilacs e Pubmed através das palavras chaves —Idosos, —Infarto Agudo do Miocárdio e —Fatores de Risco.

Primeiramente foi realizada uma análise do material, através de leitura exploratória, seletiva e interpretativa. Os critérios de inclusão utilizados foram: periódicos completos de livre acesso ao conteúdo, em língua portuguesa e Inglesa, publicados entre os anos de 1995 a 2010, foram excluídos os artigos com datas inferiores a 1995 e aqueles que não abordavam a temática proposta.

3 Resultados e Discussão

Santos (2006), afirma que apesar da velhice ocorrer várias perdas em diversos aspectos, ela não deve ser considerada como doença, pois com atividades físicas e sociais além de um incentivo familiar, pode se ter um envelhecimento saudável.

Com o passar dos anos vão se ocorrendo alterações cardiovasculares inevitáveis, onde as nossas grandes artérias são elásticas e suportam grandes pressões, irão ser comprometidas principalmente após os 50 anos de idade, deixando as mesma rígidas, porque perderá sua elasticidade, comprometendo assim um funcionamento eficaz do sistema circulatório (LUNA, 2002; FLEG, 1986).

—Essa elasticidade dos vasos mantém a pressão sistólica em níveis normais, e a perda desta contribui para um Infarto Agudo do Miocárdio, uma vez que o mesmo por si só causa um enrijecimento dos vasos (ARAÚJO et al. 1999).

—O infarto agudo do miocárdio, requer internação hospitalar, onde o seu diagnóstico clínico é simples e relativo, mas bem estabelecido, baseia-se na evolução eletrocardiográfica e na curva enzimática (Alexander RW, 1998).

—Apesar de um IAM, é comum os indivíduos apresentarem déficits de condições fisiológicas, laboratoriais e sociais com baixa qualidade de vida como consequência (Lolio, 1995).

O risco de IAM na população idosa é de 90%, segundo os fatores de riscos estudados alguns destes fatores levam a outras patologias, desta forma, o alcoolismo está relacionado a Acidente Vascular Cerebral (AVC), o tabagismo ao câncer de pulmão, a obesidade a síndrome metabólica. O grande desafio para os profissionais da saúde é desenvolver ações concretas de cuidado integral ao idoso, considerando o conhecimento científico e os avanços tecnológicos disponíveis no cenário brasileiro e mundial (Ministério de Saúde, 2009).

Borges (2005), diz que tabagismo é um fator importante para as doenças do coração, além de ser o causador de um quinto das mortes por Doenças Cardiovasculares, e por 29% da mortalidade por Doenças arteriais Coronarianas. A quantidade de cigarros fumados está associada de forma direta a chances de se desenvolver o IAM.

Segundo Pereira (2008), o hábito de fumar é constante neste público, onde os mesmo tem dificuldade de aceitação de que se faz mal e que contribui para o IAM, devido ao tempo que já o usam. O fato deste hábito contribui quatro vezes mais para o IAM.

Kaplan (1999), afirma que além do avanço da idade aumentou também o consumo de bebidas alcoólicas, sendo maior em que nas décadas passadas quando não era considerado perigoso, mas o uso do mesmo pode acarretar a cardiomiopatia.

Relata Schwanke (2010), que os hábitos alimentares é de suma importância na ocorrência de eventos cardiovasculares, por isso intervenções nutricionais são importantes, pois a obesidade, sedentarismo são altos fatores de risco. O controle da alimentação diminui as taxas de mortalidades com agravantes cardiovasculares.

Cerecero (2009) afirma que os FR podem ser alterados, exceto o fator hereditário, ele aumenta em 2 vezes mais a chances de IAM, mas se eliminarmos os FR que podem ser modificados, podemos evitar o desenvolvimento.

—O sedentarismo é o mais prevalente, pois a inatividade física é muito presente. Este estilo de vida leva a um risco 1,9 maior para o IAM quando comparado a uma pessoa com atividade física programada (Runge MS, 2006).

Esta inatividade física tem indícios de estar associados à falta de orientação dos profissionais de saúde, assim como lugares próprios para realização destas atividades. A atividade física contribui para diminuir o risco cardiovasculares, além de promover uma

interação social e independência, agindo assim diretamente na obesidade e depressão destes. (Pereira JC, 2008).

A atividade física para Ottesen (1999), tem importante contribuição para a reabilitação de doenças cardiovasculares em idoso, o que acarreta uma melhoria de suas funções, porém requer cuidados tanto com a intensidade, tempo, e frequência das atividades

—Há evidências que a atividade física regular constitui um excelente instrumento de saúde [...] que modificam estes fatores de risco (Sociedade de medicina do Esporte,1999).

4 Conclusão

Através das pesquisas realizadas é possível analisar que os idosos fazem parte de um grupo de risco que precisa de atenção e cuidado, pois estão susceptíveis a inúmeros fatores de risco que atuam no desenvolvimento do Infarto Agudo do Miocárdio.

As pessoas que apresentam os fatores de risco, devem procurar uma equipe multidisciplinar entre eles: Fisioterapeuta, Educador físico, Nutricionista, Psicólogo e Médico, para que eles possam orientar tanto no processo de prevenção quanto no tratamento. Portanto, é importante saber que são os hábitos de vida que vão determinar o desenvolvimento do IAM.

Através das pesquisas realizadas é possível analisar que são os hábitos de vida que vão determinar o desenvolvimento do IAM. Então é fundamental que haja informação suficiente, para que se evitem os Fatores de risco, garantindo assim que esses idosos envelheçam com qualidade de vida.

5 Referências

Alexander RW, Pratt CM, Roberts R. **Diagnosis and management of patients with acute myocardial infarction.** In: Alexander RW, Schlant RC, Fuster V. *Hurst's the Heart: Arteries and Veins.* 9 ed New York: McGraw-Hill; 1998;

ARAÚJO C. G. S. - **Manual do Teste de esforço** - Rio de Janeiro , Livro Técnico S/A , 1999;

BORGES, P. C. S; CAETANO, J. C. **Abandono do tratamento da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes cadastrados no HIPERDIA/MS em uma unidade de saúde do município de Florianópolis-SC, Santa Catarina.** Arquivos Catarinenses de Medicina, Santa Catarina, v.34, n.3, p. 45-50, 2005.

BRISTOW MR. **Beta-adrenergic blockade in chronic heart failure.** *Circulation* 2000; 101: 558-69.

CARVALHO JAM, Garcia RA. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico.** *Cad Saude Publica.* 2003;19(3):725-33. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000300005.

CERECERO P, Hernández B, Aguirre D, Valdés R, Huitrón G. **Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global em trabajadores universitarios del Estado de México.** *Salud Publica Mex.* 2009;51(6):4565-73.

COLOMBO RCR, Aguillar OM. **Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio.** *Rev Latino-Am Enfermagem.* 1997;5(2):69-82.

FLEG JL - **Alterations in cardiovascular structure and function with advancing age.** Am. J Cardio, 1986; 57(5): 33C-44C

KAPLAN HI, Sadock BJ. **Tratado de psiquiatria.** 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.

KNOBEL E, Souza AM, Andre AM. **Terapia intensiva cardiologia.** São Paulo: Atheneu; 2002.

LOLIO CA, Lotufo PA, Lira AC, Zanetta DMT, Massad E. **Tendência da mortalidade por doença isquêmica do coração nas capitais de regiões metropolitanas do Brasil, 1979-89.** Arq Bras Cardiol 1995; 64: 213-16.

LUNA R. L. **Conceituação de hipertensão arterial e sua importância epidemiológica;** Resv. Socerj; 2002, v.15.n.4; p.203-209

Ministério da Saúde (BR). **Secretaria de Vigilância em Saúde Ações transversais da vigilância em saúde: promoção, integração e análise: gestão 2007-2008/** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

OTTESEN MM, Jorgensen S, Kjoller E, Videbaeck J, Kober L, Torp-Pedersen C. **Age-distribution, risk factors and mortality in smokers and non-smokers with acute myocardial infarction: a review.** J Cardiovasc Risk 1999; 6: 307-9.

PARAHYBA MICA, Veras RP. **Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil.** Cienc. Saúde Coletiva. 2008;13(4):1257-64. DOI: 10.1590/S1413-81232008000400022

PEDROSO, E. R.P; Oliveira, R. G. **Blackbook – Clínica Médica/ Belo Horizonte – MG,** 2007.

PEREIRA JC, Barreto SM, Passos VA. **O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional.** Arq. Bras. Cardiol. 2008;91(1):1-10.

PESARO Antonio.E.P. et al: **Infarto Agudo do Miocárdio- Síndrome Coronariana Aguda com Supra desnível do Segmento ST;** Rev Assoc Med Bras 2004; 50(2): 214-20.

RUNGE MS, Ohman EM. **Cardiologia de Netter.** Porto Alegre: Artmed; 2006.

SCHWANKE, CHA. **Atualizações em geriatria e gerontologia.** 3ª ed. Porto Alegre: EdIPUCRS; 2010.

SANTOS ES, et al. **Registro de síndrome coronariana aguda em um centro de emergências em cardiologia.** Arq Bras Cardiol 2006; 87(5): 597-602.

Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: **Atividade física e saúde do idoso.** Bras. Méd. Esporte, vol.5:207-211,1999.

SOUZA MF, Alencar AP, Malta DC, Moura L, Mansur AP. **Análise de séries temporais da mortalidade por doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares, nas cinco regiões do Brasil, no período de 1981 a 2001.** Arq Bras Cardiol. 2006;87(6):735-40.

STEFANINI, E. ; KASINSKI, N; CARVALHO, A.C. **Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar.** 1a Ed. São Paulo: Ed.Manole 2005.

YUSUF S, Peto R, Lewis J, Collins R, Sleight P. **Beta blockade during and after myocardial infarction: an overview of the randomized trials.** Prog Cardiovasc Dis 1985; 27: 335-71.

INCIDÊNCIA E PERFIL DE PORTADORES DE HIV NO MUNICÍPIO DE ITAPERUNA-RJ, NOS ANOS DE 2011, 2012 E 2013.

Luciana FUMIAN¹, Laura QUINTÃO², Tatiana NIZOLI³, Josileyde DUTRA⁴, Rondinelli CARVALHO⁵,
Denise SILVA⁶ & Kiara de MEDEIROS⁷

^{1,4,5,6} Universidade de Nova Iguaçu, Campus V. Professor (a) do curso de Farmácia. Rio de Janeiro. Brasil.

^{2,3,6} Universidade de Nova Iguaçu, Campus V. Discente do curso de medicina. Rio de Janeiro. Brasil.

Autor correspondência: lucianafumian@gmail.com

RESUMO

A presente investigação tem como objetivo estudar e elucidar o perfil de pacientes com HIV notificados no município de Itaperuna, Estado do Rio de Janeiro, a fim de analisar a magnitude desse agravo na população, bem como refletir sobre a importância da promoção de medidas de prevenção. Para tal apreciação foi realizado um estudo epidemiológico descritivo, de natureza ecológica, através da análise de dados secundários dos registros do SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação, SIM – Sistema de Informações de Mortalidade e SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral, que incluiu pacientes infectados pelo HIV, de ambos os sexos, maiores de 15 anos de idade, durante os anos de 2011 a 2013. Observou-se que os casos de infecção pelo HIV atendidos no serviço público de Itaperuna- RJ apresentaram uma predominância em indivíduos do sexo masculino, de raça branca, heterossexuais e na faixa etária de 20 a 34 anos. Os resultados do estudo não apontaram uma mudança nas características epidemiológicas dos portadores de HIV explicitando que as melhores estratégias para inibir a cadeia de transmissão do vírus estão relacionadas às medidas de informação em saúde e prevenção.

Palavras- chave: HIV, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Epidemiologia.

ABSTRACT

Implications and profile of HIV patients in the municipality of Itaperuna -RJ, in the years 2011, 2012 and 2013 .This research aims to study and elucidate the profile of patients with HIV reported in the city of Itaperuna, State of Rio de Janeiro in order to analyze the magnitude of this disease in the population, as well as reflect on the importance of promoting prevention measures. For such an assessment was carried out a descriptive epidemiological study of ecological nature through the analysis of secondary data from SINAN records - National System for Notifiable Diseases, SIM - Mortality Information System and SISCEL - Network Laboratory Tests Control System National Lymphocyte Count CD4 + / CD8 + and viral load, which included HIV-infected patients, of both sexes, older than 15 years old, during the years 2011 to 2013. It was observed that cases of HIV infection attended in the public service Itaperuna- RJ showed a predominance in males, Caucasians, heterosexual and aged 20-34 years. The results of the study did not show a change in the epidemiological characteristics of patients with HIV explaining that the best strategies to inhibit virus transmission chain are related to information measures in health and prevention.

Keywords: HIV, Acquired Immune Deficiency Syndrome, Epidemiology.

1 Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma manifestação clínica avançada da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV-1 e HIV-2). Geralmente, essa infecção leva a uma imunossupressão progressiva, especialmente da imunidade celular e a uma desregulação imunitária.⁽¹¹⁾

O primeiro caso de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) relatado na literatura médica ocorreu no início de 1981, nos Estados Unidos. Após quatorze anos já haviam mais de um milhão de registros em nível mundial⁽¹¹⁾, alcançando um crescimento exponencial. Atualmente, a AIDS representa um problema mundial que entranha uma grave ameaça para a humanidade, causando um impacto não só no mundo da ciência, mas também nos âmbitos sociais e econômicos.⁽⁹⁾

No Brasil, desde o primeiro caso identificado até junho de 2012, foram diagnosticados 656.701 portadores da AIDS, apresentando a região sudeste o maior número de casos acumulados (56%).⁽⁶⁾

A infecção pelo HIV causa imunossupressão progressiva celular e uma desregulação imunitária, o que promove infecções oportunistas, neoplasias e/ou manifestações como demência, caquexia e trombocitopenia.⁽¹¹⁾

Entre 50% e 90% dos pacientes com infecção primária pelo HIV apresentam sintomas inespecíficos duas a quatro semanas após ocorrer a transmissão do vírus. Dificilmente, esses casos de soroconversão são identificados, pois os sintomas são semelhantes ao de outras doenças virais frequentes, sendo mais facilmente reconhecida nos casos que apresentam forma clínica semelhante à mononucleose infecciosa.⁽³⁾

A presença da infecção primária pelo HIV deve ser sempre considerada em qualquer paciente com história de potencial risco de exposição e que apresente sinais clínicos característicos da doença. A soroconversão nessa fase aguda ocorre nos primeiros seis meses em 95% dos casos. Após esse período, o paciente entra em período de latência clínica e assim persiste, em média, de cinco a dez anos quando então começa a apresentar sinais clínicos de imunodeficiência causada pela ação do vírus, em especial nos linfócitos TCD4. Durante todo esse período, o paciente é passível de transmitir o vírus.⁽¹⁾

A profilaxia da patologia é de suma importância, uma vez que o método mais importante para se evitar a propagação da pandemia é através da mudança dos comportamentos de risco no âmbito sexual e de drogas injetáveis.⁽⁶⁾ Dados epidemiológicos confirmam que 75% das infecções em todo mundo ocorrem através das práticas sexuais.⁽⁷⁾ As outras formas de transmissão da doença são: a forma vertical e a ocupacional; sendo a primeira decorrente da exposição da criança durante a gestação, parto ou aleitamento materno, e a segunda ocorre quando profissionais da saúde sofrem ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes portadores do HIV.⁽⁷⁾

O diagnóstico e tratamento da infecção por HIV e AIDS estão acompanhados de profundas implicações psicológicas e sociais.⁽⁹⁾ Até o momento, existem duas classes de drogas liberadas para tratamento anti-HIV: inibidores da transcriptase reversa que agem convertendo o RNA viral em DNA e inibidores da protease que agem no último estágio da formação do HIV, impedindo a ação da enzima protease que é fundamental para a clivagem das cadeias proteicas produzidas pela célula infectada em proteínas virais estruturais e enzimas que formarão cada partícula do HIV.⁽¹¹⁾

As principais estratégias de prevenção empregadas pelos programas de controle da AIDS envolvem: a programação do uso de preservativos, a promoção do uso de agulhas e seringas esterilizadas ou descartáveis, o controle do sangue e derivados, a adoção de cuidados na exposição ocupacional a material biológico e o manejo adequado das outras DSTs.⁽¹²⁾

No ano vigente, houve um ajuste na notificação da patologia passando esta a estar incluída na Lista Nacional de Notificações Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública. Anteriormente, a obrigatoriedade da notificação era restrita aos casos de infecções em gestantes, puérperas e crianças expostas ao risco de transmissão vertical do vírus.⁽¹⁰⁾

Nesse contexto, considerando-se os apontamentos acima, o objetivo da presente pesquisa é estudar e elucidar o perfil de pacientes com HIV notificados no município de Itaperuna, Estado do Rio de Janeiro, a fim de analisar a magnitude desse agravo na população, bem como refletir sobre a importância da promoção de medidas de prevenção.

2 Material e Métodos

Foi realizado um estudo epidemiológico descritivo, de natureza ecológica. A coleta de dados foi feita de forma secundária, através da análise dos registros de dados do SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação, SIM – Sistema de Informações de Mortalidade e SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral.

Sendo assim, buscou-se avaliar a incidência de casos de HIV/AIDS no município de Itaperuna-RJ nos anos de 2011/2012 e 2013, município pólo do noroeste fluminense que corresponde à microrregião abrangendo os seguintes municípios: Bom Jesus do Itabapoana, Italva, Laje do Muriaé, Natividade, Porciúncula e Varre-Sai, bem como avaliar o perfil desses pacientes cadastrados no município.

O instrumento de pesquisa utilizado na presente investigação tem como base os dados dos sistemas de informações do Ministério da Saúde, fornecendo noções acerca de algumas variáveis como: sexo, idade, raça, escolaridade e orientação sexual.

Foram incluídos no estudo os pacientes infectados pelo HIV conforme cadastro no SINAN, SIM e SISCEL de ambos os sexos e independente da idade.

As informações obtidas foram transcritas e tabuladas em forma de gráficos e tabelas estruturados com as variáveis de interesse, de modo a facilitar a didática do estudo.

3 Resultados

Os resultados obtidos através da pesquisa realizada no banco de dados do SINAN-Sistema Nacional de Agravos de Notificação estão demonstrados na tabela 1.

Tabela 1. Incidência e características dos indivíduos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) no município de Itaperuna, Estado do Rio de Janeiro.

	2011	2012	2013
INDICADOR			
Faixa Etária			
15-19	0	1	0
20-34	2	4	0
35-49	0	2	1
50-64	1	0	0
>65	1	0	0
Escolaridade			
1ª à 4ª Série	0	0	1
4ª à 8ª Série	1	0	0
Médio Incompleto	0	1	0
Ignorado	3	6	0
Orientação Sexual			
Homossexual	0	2	0
Heterossexual	3	3	1
Ignorado	1	2	0
Raça			
Branca	3	6	1
Parda	1	1	0
Sexo			
Masculino	3	6	0
Feminino	1	1	1
TOTAL	4	7	1

Após a análise dos dados referentes à incidência de transmissão do HIV na cidade de Itaperuna, Estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2011, 2012 e 2013, verificou-se uma variação do número de casos registrados nos três anos estudados, sendo que, em 2011, quatro casos foram notificados; em 2012 houve um número maior de registros, com um total de sete ocorrências, e em 2013, foi notificado somente um caso.

Os casos de infecção pelo HIV atendidos no serviço público de Itaperuna-RJ têm predominância em indivíduos do sexo masculino, de raça branca, heterossexuais e na faixa etária compreendida entre os 20 a 34 anos. Com relação ao parâmetro —nível de escolaridade, não houve informações suficientes para a maioria dos pacientes.

Durante os anos de 2011 a 2013, o índice de novos casos, ou seja, a incidência da doença, entre os homens foi significativamente maior do que entre as mulheres, atingindo a proporção de três homens para cada mulher infectada.

Conforme observado na figura 1, o número de casos novos relacionados à orientação sexual dos indivíduos portadores de AIDS sinaliza que a transmissão entre heterossexuais apresenta uma proporção maior do que em indivíduos do mesmo sexo que mantêm relações sexuais, rompendo assim o estigma de que a AIDS está relacionada, somente, ao homossexualismo.

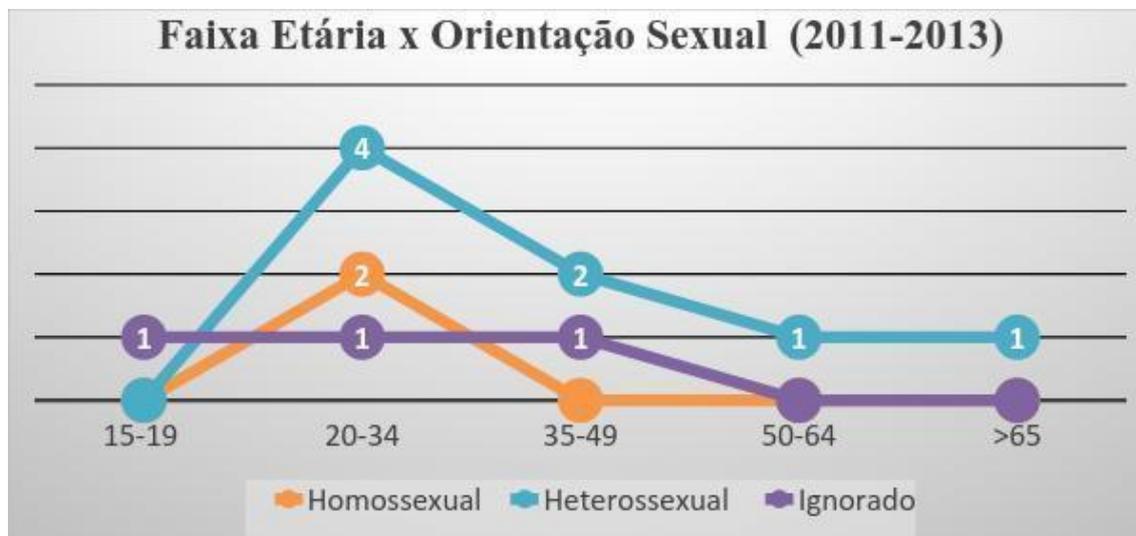


Figura 1. Incidência de AIDS por faixa etária e orientação sexual no município de Itaperuna, Estado do Rio de Janeiro.

4 Discussão

No Brasil a prevalência do HIV/AIDS é maior no grupo masculino, na faixa etária compreendida entre 15 e 49 anos de idade, estando mais elevadas e se destacando entre usuários de drogas ilícitas, homens que fazem sexo com homens e profissionais do sexo.⁽¹²⁾

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, desde a descrição do primeiro caso, em 1981, até o início de 2006, a AIDS tenha atingido aproximadamente 38,6 milhões de pessoas em todo o mundo, incluindo adultos e crianças. Estima-se que no mundo, em 2005, ocorreram 4,1 milhões de casos novos e 2,8 milhões de mortes por esta doença.⁽³⁾

De acordo com a Constituição Brasileira, os portadores do HIV, assim como todo e qualquer cidadão brasileiro, têm obrigações e direitos garantidos. Entre eles: dignidade humana e acesso à saúde pública e, por isso, estão amparados pela lei.⁽³⁾

É notável a desaceleração nas taxas de incidência de AIDS nos últimos anos. Tem-se observado uma mudança no perfil dos acometidos com tendências para a feminização, envelhecimento e pauperização do paciente.⁽⁸⁾

Estudos realizados até o momento têm demonstrado que tais pacientes, dependendo do estado imunológico, têm maior prevalência de infecções genitais, que são de difícil resolução e de recorrências frequentes. Alguns autores aventam a possibilidade de interações moleculares entre os genomas de dois vírus. O aumento da infecção HIV em mulheres tem como consequência um maior acometimento de crianças pela transmissão vertical.⁽⁴⁾

No que tange à notificação dos casos, é observado que os profissionais da área da saúde tendem a registrar os casos mais críticos ou notificam-se as doenças que estão em campanha, bem como a demora em concluir o diagnóstico, o atraso na investigação do caso ou a preocupação dos profissionais da saúde com referência à quebra da confidencialidade das informações, têm dificultado o registro de muitos casos, podendo levar à subnotificação.⁽¹⁰⁾

Acredita-se que com a determinação pela portaria em Diário Oficial da União quanto à inclusão do HIV na Listagem Nacional de notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, e a obrigatoriedade de notificação de todos os casos confirmados, anteriormente restrita aos casos de infecção em gestantes, parturiente, puérpera e criança exposto ao risco de transmissão vertical do vírus, consiga se obter números ainda mais expressivos e fidedignos quanto à infecção pelo HIV.⁽⁶⁾

A vigilância epidemiológica da AIDS tem como propósito principal acompanhar a tendência temporal e espacial da doença, as infecções e os comportamentos de risco, com objetivo de orientar as ações de prevenção e controle. A vigilância tem como padrão os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. No entanto, para direcionar as ações de prevenção e controle, a vigilância epidemiológica deve buscar alternativas para um bom desempenho, reforçando de forma satisfatória a identificação e notificação de casos. A partir das informações obtidas, a vigilância epidemiológica deve concentrar esforços para desenvolver ações efetivas de acordo com a realidade epidemiológica identificada na região.⁽¹¹⁾

A garantia do acesso aos testes para diagnóstico da infecção por HIV, permitem um diagnóstico rápido e facilitado, proporcionando um tratamento eficaz e melhor qualidade de vida a essas pessoas. Esses testes são produzidos pela Fundação Oswaldo Cruz, do Ministério da Saúde, e podem ser os testes de laboratório e o teste rápido. Os primeiros, representados pelo Teste Elisa, Teste Western Blot e o Teste de Imunofluorescência Indireta para o HIV-1, ou plasma. Já o teste rápido permite a detecção de anticorpos anti-HIV na amostra de sangue do paciente em até 30 minutos. Por isso, pode ser realizado no momento da consulta. Estes permitem que o paciente, no mesmo momento em que os realiza tenha conhecimento do resultado e receba o aconselhamento pré e pós-teste. É preferencialmente adotado em populações que moram em locais de difícil acesso, em gestantes que não fizeram o acompanhamento no pré-natal e em situações de acidentes no trabalho.⁽¹²⁾

O programa de distribuição gratuita de medicamentos anti-retrovirais pelo Ministério da Saúde é mundialmente reconhecido e considerado responsável, em boa parte, pela diminuição de casos novos no país e aumento na sobrevida desses pacientes.⁽¹⁰⁾

5 Conclusão

Os resultados do estudo não apontaram uma mudança nas características epidemiológicas dos portadores de HIV, mantendo uma maior incidência no grupo masculino e heterossexual, quando comparado ao grupo feminino e homossexual.

No que tange à faixa etária e cor de pele, as variáveis encontradas se correlacionam com outros estudos realizados em capitais e municípios brasileiros.

Em relação ao grau de escolaridade nosso estudo demonstrou-se ser inconclusivo devido à ausência de dados fidedignos, dificultando a análise desses pacientes com relação às questões culturais e podendo dessa forma influenciar quanto à compreensão da doença, bem como seus riscos e medidas de prevenção para esse agravo.

Após a análise do contexto da epidemia fica explicitado que as melhores estratégias para inibir a cadeia de transmissão do vírus estão relacionadas às medidas de informação em saúde e prevenção.

Observa-se ainda que apesar de todos os progressos ocorridos nas últimas décadas, em relação a tratamento, melhora da qualidade de vida e prognóstico ressalta-se que a AIDS é uma doença sem cura e sua descoberta tardia pode levar a danos irreversíveis em termos de transmissão, pois o indivíduo infectado transmite o HIV sem ter ciência de sua situação sorológica.⁽⁸⁾

6 Referências

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **A infecção por HIV passa ser de notificação compulsória.** Jul, 2014. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24854:infeccao-por-hiv-passa-ser-de-notificacao-compulsoria&catid=3. Acessado em 10 de maio de 2015.

GONÇALVES V; KERR, L; MOTA R AND MOTA J. Estimativa de subnotificação de casos de aids em uma capital do Nordeste. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. 2008, vol.11, n.3, pp. 356-364. ISSN 1980-5497. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000300003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2008000300003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: 10 de mai de 2015.

GONÇALVES,Z; KOHN, A.B; SILVA, S.D; LOUBACK, B.A; VELASCO, L.C.M; NALIATO, E.C; GELLER, M. Perfil epidemiológico dos pacientes HIV- positivo cadastrados no município de Teresópolis, RJ. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis.** 2012; 24(1):9-14 - ISSN: 0103-4065 - ISSN on-line: 2177-8264.

LINHARES I.M, FONSECA A.M; PINOTE J.A. **Doenças Sexualmente Transmissíveis na mulher.** Rio de Janeiro: Revister, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST.** Dezembro de 2013, ISSN: 1517-1159.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coordenação Nacional Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids.** 2013, Brasil. Disponível em:

bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Aids_etiologia_clinica_diagnostico_tratamento.pdf. Acessado em: 10 de maio de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites virais.** Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>>. Acessado em: 16 de agosto de 2015.

PASSOS, N.C.R; FREITAS, F.Q.B; PALUCH, L.R.B. Perfil de pacientes portadores de HIV/AIDS acompanhados em serviço de atendimento especializado no recôncavo baiano. **Textura, Governador Mangabeira-BA,** v. 6, n. 12, p. 119-125, jul./dez., 2013.

REMOR A. **Abordagem psicológica da AIDS através do enfoque cognitivo-comportamental.** 2012. 35 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Espanha, Madrid, Espanha, 2012.

SAÚDE & CIDADANIA. **Limitações de sistemas de notificações de doenças.** Disponível em: www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_07/06_05.html. Acessado em 10 de mai de 2015.

VERONESI R., FOCACCIA R. **Tratado de infectologia.** 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

WALTER T, MARINHO, LUIZ AC. **Rotinas de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1999.

EXODONTIA DE TERCEIROMOLAR COM FINALIDADE ORTODÔNTICA

Silmar Antunes PEREIRA¹, José Alberto Chiarelo TINOCO² & Valquíria THOMAZINI³

¹ Professor e Orientador do Curso de Odontologia – UNIG CAMPUS V – Itaperuna / RJ, Brasil. ² Professor e Orientador do Curso de Odontologia – UNIG CAMPUS V – Itaperuna / RJ, Brasil. ³ Aluna do Curso de Odontologia – UNIG CAMPUS V – Itaperuna / RJ, Brasil.

RESUMO

Os terceiros molares, comumente chamados de —dentes do siso||, têm a finalidade de manter uma boa atividade mastigatória. Estes são os últimos dentes a nascer, geralmente entre 16 a 20 anos e por isso costumam não encontrar espaço suficiente na cavidade bucal para serem corretamente posicionados. A precocidade no diagnóstico e a avaliação da necessidade ou não da remoção do siso é muito importante, porque grande parte das pessoas apresentam problemas como desalinhamento dos dentes vizinhos ou até apinhamentos, após o nascimento do mesmo, atrapalhando assim o tratamento ortodôntico. Neste caso clínico, o tratamento proposto foi exodontia do terceiro molar inferior direito para fins ortodônticos. A exodontia foi realizada com êxito, objetivando o alinhamento dentário, sendo o mesmo realizado futuramente na especialidade de Ortodontia.

Palavras chave: exodontia, terceiro molar, dente siso.

ABSTRACT

The third molars, commonly called "wisdom teeth", are intended to maintain good chewing activity. These are the last teeth to be born, usually between 16 to 20 years, and therefore usually do not find enough space in the oral cavity to be correctly positioned. The early diagnosis and the assessment of whether or not the wisdom removal is very important, because most people have problems like misalignment of neighboring teeth or crowding until after the birth of it, thus hindering the orthodontic treatment. In this clinical case, the proposed treatment is extraction of the lower right third molar for orthodontic purposes. The extraction was successful, aiming dental alignment, and the same held the future in orthodontics specialty.

Keywords: extraction, third molar, wisdom tooth.

1 Introdução

Exodontia é a remoção cirúrgica de um elemento dentário. A exodontia foi a primeira especialidade exercida, pelos primeiros dentistas. A remoção de um dente é um desafio para o dentista, porque requer não só a anestesia local profunda a fim de prevenir dor durante a extração, como também controle da ansiedade do paciente para evitar problemas psicológicos. A anestesia local profunda é necessária para o dente ser removido sem dor; dessa forma, é essencial que o cirurgião lembre com precisão a inervação de todos os dentes e dos tecidos moles circunvizinhos e o tipo de anestesia necessária para anestésiar totalmente esses nervos.

Dente incluso, é todo aquele que quando termina a fase de desenvolvimento, e na sua época normal de irrompimento, continua localizado no interior dos tecidos (MORO et al, 2001). Segundo OLIVEIRA et al (1985), As causas etiológicas de retenção dental em geral, são fatores locais tais como mecânico, embriológicos em gerais, como hereditariedade, doenças sistêmicas, síndromes e miscigenação de raças.

O manuseio da ansiedade do paciente deve ser bastante considerado nos procedimentos de cirurgia oral. A ansiedade em cirurgia oral é maior do que em outras áreas da Odontologia. Frequentemente os pacientes já estão com dor e podem estar agitados e cansados; essas duas últimas condições reduzem a disposição deles para lidarem com a dor ou com as situações que a produzam. Pacientes a serem submetidos a extrações podem ter um conceito predeterminado de quão doloroso o procedimento pode vir a ser; eles viram outros pacientes, inclusive familiares relatando que a extração de dente é bem dolorosa. Eles estão convencidos de que o procedimento ao qual se submeterão poderá ser bastante desconfortável. Existe também o potencial de complicações, de origem psicológica, durante os procedimentos cirúrgicos. A remoção dos dentes causa uma variedade de reações; os pacientes podem lamentar a perda de parte do corpo ou receber a extração como uma confirmação do fim de sua juventude. Nessas situações, eles gostariam de evitar a extração; como não podem, ficam duplamente agitados.

Peterson et al. (2005) estabelece indicações e contra-indicações para remoção dos dentes impactados. Relata o autor que as indicações compreendem a prevenção da doença periodontal, da cárie dentária, da pericoronarite, da reabsorção radicular, de cistos e tumores odontogênicos, da dor de origem desconhecida, além de dentes impactados sob próteses, facilitação do tratamento ortodôntico. Em contra partida as contra indicações dizem aos extremos da idade, à condição médica comprometida e a possibilidade de dano excessivo às estruturas adjacentes.

Saad et al. (2001) afirmaram que somente os caninos, segundo pré molares e terceiros molares inferiores inclusos migram para locais distantes do local de seu desenvolvimento. É mais freqüente em pacientes jovens, com idade inferior a 20 anos. Durante o processo de migração o dente pode ocasionar sintomatologia ou passar despercebido. Ventã (2004) alerta que o processo de evolução dos molares inferiores, demonstra que podem se tornar erupcionados, acreditando em uma melhora na dificuldade cirúrgica consequentemente um pós operatório mais favorável.

É comum cirurgiões-dentistas clínicos indicarem aos pacientes que necessitam retirar o dente do siso a extração com profissional especialista – ou apto a realizar uma cirurgia avançada. A indicação deve-se à dificuldade para a extração, uma vez que esses dentes, geralmente se encontram em posições e em regiões da maxila e da mandíbula, de difícil acesso.

Outro dado relevante é que grande parte dos pacientes acima de 60 ou 70 anos muitas vezes chega ao consultório sem saber que possui os terceiros molares e, por isso, é bastante comum ocorrer a degeneração intraóssea e formação de pequenos focos de infecção, que podem comprometer a saúde geral de forma grave.

Para Durmus et al.,(2004) o deslocamento dos terceiros molares impactados é mencionado freqüentemente em livros textos de cirurgia, mas relatado raramente no cotidiano clínico. Entretanto, esta complicação se apresenta elevada na prática, o clínico não deve proceder a atos cirúrgicos se não tiver destreza técnica para estes procedimentos e diante de complicações solicitar apoio de especialistas, pois as seqüelas na tentativa de resgatar o elemento dentário podem ser altamente danosas para o paciente.

Segundo PAZA et al & SANT'ANA FILHO (1999), relatam que é preferível realizar a extração de dentes inclusos na faixa etária de dezoito a vinte e cinco anos, porque o tecido ósseo é menos esclerótico e o reparo tecidual é melhor. Em procedimentos de dentes inclusos feitos em pacientes jovens, eles toleram melhor o procedimento e recuperam-se mais prontamente, com menor interferências as suas rotinas diárias (PETERSON, 1998).

Normalmente, muitos focos dos problemas bucais são constatados na região dos dentes do siso inflamados ou com comprometimento pelo acúmulo de placa bacteriana, o que pode provocar infecção generalizada e até complicações maiores, muitas vezes relacionadas a problemas cardíacos, como comprovados por vários estudos.

Assim, cerca de 90% dos cirurgiões-dentistas indicam a extração dos terceiros molares, quando comprovada a necessidade do procedimento, é claro. Esses dentes devem permanecer na

boca apenas quando o paciente tiver espaço nas arcadas e boa higienização. Caso contrário, haverá acúmulo de bactérias que poderá levar à perda, inclusive, de outros dentes ao lado dos sisos, comprometendo a mordida do paciente (oclusão dentária) e até a estética facial.

2 Materiais e Métodos

Paciente M.G.B., 22 anos, sexo feminino, compareceu a Clínica Odontológica da UNIG Itaperuna / RJ, no mês de Abril de 2015, para exodontia do dente 48.

O procedimento seguiu-se conforme descrito:

7. Foi realizada RX de face para análise do caso.
8. Preparação dos instrumentos e do paciente.
9. Realizada anestesia local.
10. Feita incisão cirúrgica para dar início à remoção do dente.
11. Descolamento do dente.
12. Realizada Osteotomia.
13. Realizada Odontosecção.
14. Feita remoção total do dente.
15. A ferida cirúrgica foi suturada com fio de sutura 4.0 (catgut).
16. Resultado final obtido com sucesso.

3 Resultados

O objetivo foi extrair o terceiro molar direito com fins ortodônticos, com a intenção de facilitar o retrocesso dos apinhamentos dentários.

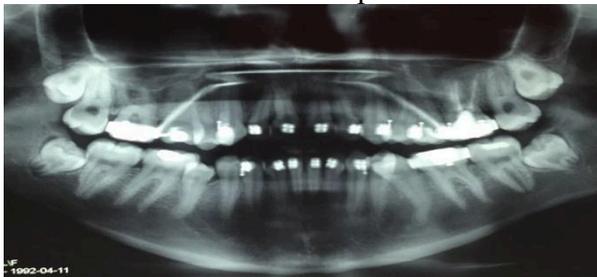




Fig. 3 – Anestesia



Fig. 4 – Incisão



s na
ência
ar na

indicação da necessidade de cirurgia oral menor diagnosticado pelo profissional da equipe de referência (protesista, endodontista, ortodontista, clínico geral etc). As exodontias sejam elas de terceiros molares impactados ou semi- impactados ou outros elementos dentários podem ser realizadas por cirurgiões- dentistas que dominem a técnica correta, caso não enquadrar-se nesse item, o melhor é procurar um cirurgião- dentista com habilidade em cirurgias tais como cirurgiões- bucomaxilofaciais, estomatologistas, implantodontistas, semiologistas ou profissionais habilitados em cirurgia oral menor.

O fator genético parece desempenhar um papel importante neste aspecto, visto que são comuns membros de uma mesma família apresentar dentes inclusos ou impactados de forma semelhante. Outra teoria que procura explicar esta falta de espaço nos arcos dentários é a teoria da evolução da espécie. Do homo sapiens para o homo erectus grandes alterações nas estruturas ósseas foram observadas. Uma das maiores mudanças ocorreram no crânio, onde a caixa craniana aumentou para envolver um cérebro de proporções maiores e os ossos da face, principalmente a maxila e a mandíbula, que diminuíram, provavelmente pela falta de estímulos funcionais da mastigação, em função da alimentação moderna, composta por alimentos pastosos e cozidos.

Pacientes sob tratamento ortodôntico para corrigir a dentição apinhada necessitam frequentemente extrações dentárias a fim de ganhar espaço para o alinhamento. Os dentes mais comumente extraídos são os primeiros pré-molares, maxilares e mandibulares; entretanto, os incisivos mandibulares e segundos pré-molares da maxila podem, ocasionalmente, ser extraídos, por essa mesma razão.

As variações na posição dentária em relação ao tecido ósseo podem acarretar em dificuldades quanto a sua remoção, necessitando uma técnica padrão isto é uma técnica cirúrgica uniforme para todos os casos. Os princípios gerais de cirurgia são idênticos: antissepsia intra e extra-oral, colocação de campo estéril, anestesia local ou regional, incisão, descolamento do tecido mole (sindesmotomia), osteotomia, odontosecção, remoção do elemento dentário, sutura e orientação de cuidados gerais.

O fator financeiro (McGRATH et al.,2003), o risco de complicações cirúrgicas (OLIVEIRA et al.,2005), o desconforto pós-operatório (JAMILEH,2003) e a ausência de evidências científicas são motivos utilizados para contra-indicar a remoção de dentes assintomáticos inclusos. O desenvolvimento de alterações patológicas associadas importantes deve ser considerada e a maior dificuldade cirúrgica após a formação completa do dente com riscos a estruturas anatômicas, são usadas como justificativa para a conduta cirúrgica de cunho profilático, fatores estes defendidos em Ventã et al.,2001.

5 Conclusão

Os terceiros molares são os últimos dentes a erupcionarem na cavidade oral, e em decorrência deste fato, muitas vezes não encontram espaço suficiente para a sua erupção e permanecem retidos, por tecidos moles, ósseos ou ambos. Atualmente, a remoção destes dentes é o procedimento mais comum no cotidiano dos profissionais buco maxilo faciais, porém, existe uma série de estudos que se destinam a pesquisar quando se indica tal procedimento cirúrgico.

Os dentes do siso que não possuem apoio nos dentes da arcada oposta a ele, podem extrair (crescer) e distalizar (afastar dos dentes vizinhos), causando cáries e problemas periodontais, devido a retenção de alimentos. Esses dentes também devem ser removidos, para evitar um problema maior.

A falta de espaço pode causar movimentação e desalinhar ou outros dentes, provocando problemas de má oclusão dentária e sintomas dolorosos em ATM ou DTM. Nesses casos, os dentes incluso ou semi incluso devem ser removidos.

Enfim, os terceiros molares constituem-se em uma das grandes preocupações do cirurgião-dentista, a pouca experiência científica sobre a remoção profilática dos terceiros molares inclusos, deva-se ter como base a evidência clínica da avaliação do potencial de complicações causadas pela permanência destes dentes ou de retardar tal procedimento. Pode-se concluir que a conduta mais adequada e indicada, baseado em evidências, lembrando que cada caso é um caso, a remoção destes dentes sempre que for possível.

6 Referências

- DURMUS, E.; DOLANMAZ, D.; KUCUKKOLBSI, H.; MUTLU, N. **Accidental displacement of impacted maxillary and mandibular third molars.** Quintessence Int. 2004 May; 35(5):375-7.
- JAMILEH, Y.; PEDLAR, J. **Effect of clinical guidelines on practice for extraction of lower third molars: study of referrals in 1997 and 2000.** Br. J Oral Maxillofac Surg. 2003; 41(3):371-375.
- MACGRATH, C.; COMFORT, M.B.; LO, E.C.; LUO, Y. **Can third molar surgery improve quality of life? A 6-month cohort study.** J Oral Maxillofac Surg. 2003; 61(1):759-763.
- MORO, L.M.; GAYOTTO, M.V.; CAMARGO FILHO, G.P. Indicações para cirurgia de terceiros molar inferior. **Revista Instituto Ciências Saúde.** v.19, nº, p.121-125. Jul./Dez. 2001.
- OLIVEIRA, M.G.; et al. Dentes Inclusos. **Revista Faculdade Odontologia,** Porto Alegre. v.27, p.37-48. 1985.
- OLIVEIRA, A. C. M.; MENEZES, F. R. A.; AGUIAR, S. et al. Tratamento cirúrgico de queratocisto em ramo mandibular. **Rev. Paul. Odontol.** 2005; 27(4):10-13.
- PAZA, A.; SANT'ANA FILHO. Estudo Comparativo entre Técnicas de Incisões para Extrações de Terceiros Molares Inferiores Retidos. **Revista Odontologia Ciência.** nº28, p.7-25. 1999/2000
- PETERSON, L.J.; et al. **Cirurgia oral e Maxilofacial Contemporânea.** 3ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- PETERSON, L.J.; ELLIS, E.; HUPP, J.R.; TUCHER, M.R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea** 4ª edição, RJ. Editora Guanabara Koogan, 2005.
- SAAD, N. M.; TAKAHASHI, A.; MURAYAMA, R. A.; ALBERGARIA, B.; et al. Dentes inclusos migram? Apresentação de casos clínicos, revista da literatura e hipóteses sobre a migração. **Rev. Reg. Araçatuba Assoc. Paul. Cir. Dent;** 22(2):15-9, jul.-dez. 2001.
- VENTÃ, I.; YILPAAVALNIEMI, P.; TURTOLA, L. **Long-term evaluation of estimates of need for third molar removal.** J Oral Maxillofac Surg. 2001; 58(2):288-291.
- VENTÃ, I. **Clinical outcome of third molars in adults followed during 18 years.** J Oral Maxillofac Surg. 2004; 62(1):182-185.

SÍNDROME DA FIBROMIALGIA E A FISIOTERAPIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Jaqueline Gonçalves da Silva MOREIRA¹, Guilherme Lemos IMBELLONI^{2*}, Eduardo Luis Pereira da SILVA², Ana Maria Ferreira SOARES³, Tiago Pacheco Brandão RIBEIRO³ & Arandir de Souza CARVALHO²

¹ Discente do Centro Universitário São Camilo – ES – Curso de Graduação em Fisioterapia – Cachoeiro de Itapemirim/ES, Brasil.

² Docentes do centro Universitário São Camilo – ES – Curso de Graduação em Fisioterapia – Cachoeiro de Itapemirim/ES, Brasil.

³ Docentes da Universidade Iguazu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

*guilhermeimbelloni@hotmail.com

RESUMO

Comumente observada na prática médica, a síndrome da fibromialgia cada vez mais desperta o interesse de pesquisadores, devido ao grande número de pacientes que procuram clínicas e ambulatórios de diversas especialidades médicas. Definida como uma síndrome reumática, porém não articular e de etiologia ainda pouco conhecida, sua caracterização é determinada por dor musculoesquelética difusa e crônica, em múltiplas regiões do corpo. Objetivo: o objetivo da pesquisa foi de compreender a atuação da fisioterapia na síndrome da fibromialgia. Metodologia: pesquisa de revisão bibliográfica, realizada através de consultas a periódicos presentes na Biblioteca do Centro Universitário São Camilo – Espírito Santo, busca no banco de dados do Scielo, Lilacs e Pubmed, além de consulta ao site Pedro, sendo a coleta dos artigos realizada no período de julho a novembro de 2015. Discussão: estudos demonstram que em populações com queixas de dores crônicas musculoesqueléticas nas cidades de Fortaleza, Porto Alegre e Rio de Janeiro foi constatado que 10,2% dos indivíduos apresentavam fibromialgia. Conclusão: torna-se necessário cada vez mais estudar a fibromialgia e sua correlação com o atendimento da Fisioterapia.

Palavras chave: síndrome da fibromialgia, fisioterapia, reabilitação.

ABSTRACT

Commonly seen in medical practice, fibromyalgia syndrome increasingly arouses the interest of researchers because of the large number of patients seeking outpatient clinics and various medical specialties. Defined as a rheumatic condition, but not articulate and still unknown etiology, its characterization is determined by diffuse musculoskeletal and chronic pain in multiple body regions. Objective: The objective of the research was to understand the role of physiotherapy in fibromyalgia syndrome. Methodology: review of research, conducted by consulting the journals present in the Library of University Center São Camilo - Holy Spirit, search the Scielo database, Lilacs and Pubmed, in addition to consulting the site Pedro, and the collection of articles held from July to November 2015. Discussion: Studies have shown that in populations with complaints of musculoskeletal chronic pain in the cities of Fortaleza, Porto Alegre and Rio de Janeiro was found that 10.2% of subjects had fibromyalgia. Conclusion: it is necessary to increasingly studying fibromyalgia and its correlation with the care of Physiotherapy.

Keywords: fibromyalgia syndrome, physical therapy, rehabilitation.

1 Introdução

A síndrome da fibromialgia (SFM) é definida como uma síndrome reumática, porém não articular e de etiologia ainda pouco conhecida. Sua caracterização é determinada por dor musculoesquelética difusa e crônica, em múltiplas regiões e em pontos denominados de tender points (CAVALCANTE et al., 2006).

Balfour, em 1824 e Valleix, em 1841, descreveram pacientes com pontos musculares hipersensíveis à palpação e passíveis de desencadear dor irradiada. Em 1904, Stockman descreveu áreas musculares circunscritas, inflamadas, dolorosas e sensíveis a dígito-pressão. O autor, realizando biópsias destas regiões, mostrou processo inflamatório do tecido conectivo.

Willian Gowers, no mesmo ano, utilizou pela primeira vez o termo —fibrosite^l. Defendia a existência de alterações inflamatórias no tecido fibroso do dorso, que produziriam um —reumatismo muscular^l, com ou sem hist ria de trauma.

Comumente observada na prática médica, a SFM cada vez mais desperta o interesse de pesquisadores, devido ao grande número de pacientes que procuram clínicas e ambulatórios de diversas especialidades médicas (HELFENSTEIN; FELDMAN, 2002).

Na área de reumatologia, vinte e cinco por cento dos atendimentos são diagnosticados como SFM (SILVA et al., 1997). Outros achados frequentes entre os fibromiálgicos são os estados depressivos, ansiedade, sintomas compatíveis com síndrome do pânico, fadiga (em especial pela manhã), déficit de memória, desatenção, constipação ou diarreia (sintomas compatíveis com síndrome do cólon irritável), distúrbios funcionais da articulação temporomandibular (ATM) secundários ao bruxismo, boca seca, cefaléia tensional ou enxaqueca. O perfil psicológico dos pacientes está associado ao perfeccionismo, à autocrítica severa, à busca obsessiva do detalhe (WEIDEBACH, 2002)

Embora a fisiopatologia da SFM não esteja claramente definida, o diagnóstico é realizado com base nas características dos sintomas. A terapêutica abrange a utilização de fármacos e medidas físicas como o relaxamento, o alongamento e os exercícios físicos (VAISBERG et al., 2001)

Para Ignachewski et al. (2004) e Hirakui (2007), uma outra hipótese esta ligada a um envolvimento metabólico no sistema músculo-esquelético, com característica de diminuição de oxigênio na zona dos tender points, edema focal e ruptura de fibras, além de mudanças no conteúdo lipídico e glicogênico no músculo; todas estas alterações presentes nos fibromiálgicos. Objetiva-se com esse trabalho compreender a atuação da fisioterapia na síndrome da fibromialgia.

2 Materiais e Métodos

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica. Foi realizada uma consulta a periódicos presentes na Biblioteca do Centro Universitário São Camilo – Espírito Santo, busca no banco de dados do Scielo, Lilacs e Pubmed, além de consulta ao site Pedro. A coleta dos artigos foi realizada no período de julho a novembro de 2015. Os descritores de busca foram: fisioterapia, síndrome da fibromialgia, reabilitação, sendo as buscas realizadas em português, Inglês e espanhol. As referências foram selecionadas por data, sendo incluídas no estudo as publicações encontradas dentro do período dos últimos vinte anos. Os artigos foram previamente selecionados através da leitura de seus títulos e posteriormente foi realizada uma leitura crítica e reflexiva os resumos a fim de eliminar os artigos que não correlacionavam com o objetivo desse trabalho.

3 Resultados e Discussão

WOLFE et al.(1995) realizaram uma pesquisa nos Estados Unidos mostrando que a prevalência da fibromialgia na população acima de 18 anos é de 2% para ambos os sexos (3,4% para o sexo feminino e 0,5% para o sexo masculino), verificaram ainda, que a maior prevalência era em mulheres acima de 50 anos.

No Brasil, BIANCHI, MESSIAS, GONÇALVES (apud SEDA, 1982, p. 17) estudaram as populações com queixas de dores crônicas musculoesqueléticas nas cidades de Fortaleza, Porto Alegre e Rio de Janeiro e constataram que 10,2% dos indivíduos apresentavam fibromialgia.

Sua etiopatogenia ainda é desconhecida, sendo motivo de inúmeros estudos, principalmente com o intuito de maior entendimento dos mecanismos de percepção e controle da dor crônica. (PROVENZA et al. 2002).

O acompanhamento dos pacientes baseia-se na evolução da sua sintomatologia, portanto com alto grau de subjetividade e tornando-se uma das principais dificuldades na abordagem da fibromialgia. (MARTINEZ et al, 2002).

Segundo Martinez e cols.(1998), essa síndrome apresenta-se predominantemente em pacientes do sexo feminino, raça branca e a idade de início varia dos 12 aos 55 anos.

Esta condição reumática representa, desde a antigüidade, um importante segmento da fenomenologia dolorosa do ser humano, sendo responsável, em todos os países do mundo, por uma quantidade expressiva de consultas médicas envolvendo sintomatologia musculoesquelética crônica, entre outras manifestações clínicas. (HELFENSTEIN, 2002).

O diagnóstico é essencialmente clínico. Para efeitos de classificação, segundo o American College of Rheumatology (ACR), é necessária a presença de dor difusa por um prazo superior a três meses consecutivos e, no mínimo, em 11 dos 18 pontos dolorosos. São observadas ainda alterações do sono, como despertares noturnos freqüentes, agitação noturna e acordar precoce. (MAEDA e cols. apud Yunu, 2006).

Martinez e cols (1998) realizaram um trabalho, em que o objetivo foi determinar se há correlação entre medidas da qualidade de vida e alguns dos instrumentos de mensuração dos principais componentes da fibromialgia habitualmente utilizados para o acompanhamento clínico. No estudo, conclui-se que os parâmetros de intensidade da dor e fadiga, medidos pela escala analógica numérica, e a capacidade funcional, medida pelo HAQ (Health Assessment Questionnaire), correlacionam-se fortemente com o impacto da fibromialgia na qualidade de vida global, medida pelo FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire).

Pacientes com fibromialgia apresentam pior qualidade de vida que pacientes com outras doenças crônicas, como artrite reumatóide, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica e lúpus eritematoso sistêmico. (BERBER et al., 2005).

Em um estudo, proposto por Berber et al. (2005), foram selecionados 70 pacientes diagnosticados como portadores de fibromialgia. 98% dos destes eram do sexo feminino e 2% do sexo masculino. Mais de 60% deles tinham entre 40 e 55 anos. Verificou-se que 40% dos pacientes da amostra sofriam de dor corporal há mais de dez anos, 48,6% receberam o diagnóstico de fibromialgia há menos de dois anos, mais de 80% tomavam antidepressivos e mais de 60% já haviam feito fisioterapia.

Um estudo semelhante, que também avaliou a depressão e a qualidade de vida em pacientes com fibromialgia, através do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) constatou que o grupo de pacientes portadores de fibromialgia tem pior qualidade de vida quando comparado com o grupo controle (Santos et al., 2006).

Atualmente propõe-se o exercício como tratamento global mais indicado para pacientes com fibromialgia. Num estudo realizado com 13 mulheres, avaliadas pré e pós tratamento pela escala visual analogia e pelo Teste de Conconi, concluiu-se que o protocolo de exercícios

aeróbios reduziu o quadro álgico e proporcionou uma adaptação benéfica do sistema cardiovascular comprovada pelo TC (Kiyomoto et al., 2007).

Outro estudo também baseado na realização de exercícios físicos supervisionados, concluiu que as pacientes com fibromialgia submetidas ao programa de condicionamento físico apresentaram melhora da capacidade funcional, da dor e da qualidade de vida (Sabbag et al., 2007).

No estudo proposto por Martinez et al (2002), estudaram-se 15 mulheres que preenchem os Critérios de Classificação para Fibromialgia do Colégio Americano de Reumatologia. Neste estudo, observou-se uma uniformidade em relação às descrições da sintomatologia. Dor músculo-esquelética generalizada e fadiga compõem o núcleo central de sintomas. Observa-se, porém, que há uma ênfase quanto a um predomínio em alguma região do corpo: cintura escapular, membros inferiores e região da coluna vertebral.

Segundo Roizenblatt et al (2002), o sono não repousante está presente em 76–90% dos pacientes com essa condição, em comparação com 10-30% dos indivíduos normais. Os estudos mostram que uma noite mal dormida pode acarretar dor e rigidez, particularmente em indivíduos acometidos por alguma disfunção musculoesquelética.

Qualidade precária do sono e dor musculoesquelética matinal são queixas comuns de pacientes com fibromialgia. No estudo realizado por Roizenblatt et al. (2002), que teve por finalidade avaliar objetivamente esses sintomas, foi possível documentar piora da dor após o sono precário em pacientes com fibromialgia.

De acordo com Knoplic (2006) os dois grandes objetivos da Fisioterapia no tratamento da Fibromialgia, são: exercitar os músculos doloridos com exercícios de alongamento e melhorar as condições cardiovasculares com exercícios aeróbicos (caminhar, andar de bicicleta, nadar e hidroginástica).

O tratamento da fibromialgia é, comumente, sintomático por causa da ausência de entendimento da sua etiologia e fisiopatologia. Diversas modalidades têm sido sugeridas desde exercícios na água, programas de alongamento, fortalecimento e condicionamento aeróbio em solo, terapias alternativas, técnicas de relaxamento, calor superficial, calor profundo, tração vertebral, massagem, dentre outros (NOGUEIRA; CARDOSO, 2005).

Segundo Marques et al (2002) os exercícios físicos são considerados benéficos, porém Silva e Lage (2006) mostram que a predisposição ao sedentarismo e a apresentação de baixos níveis de condicionamento físico, tornam sofrível o início dessa atividade, fazendo esses pacientes relatem aumento das dores e da fadiga.

A massagem também é um tratamento fisioterápico que pode auxiliar na diminuição da dor em pacientes com fibromialgia, por mecanismos variados, na qual se inclui relaxação muscular, oxigenação, remoção de escórias musculares, aumento na flexibilidade muscular e melhora da circulação sanguínea. Os diversos tipos de massagens são definidos pelo próprio nome, como: amassamento, vibração, deslizamento, fricção, percussão, entre outros (PELLEGRINO; WAYLONIS; SOMMER, 1989).

A hidrocinesioterapia é outra técnica que tem efeitos benéficos no tratamento da fibromialgia, geralmente o tratamento é praticado em água aquecida entre 32° e 34°C. Dentre os principais efeitos terapêuticos da água estão à promoção do relaxamento muscular pela redução da tensão, diminuição dos espasmos, e o aumento da tolerância do indivíduo ao exercício e o nível de resistência física, melhorando o condicionamento geral; pois à medida que o condicionamento melhora, as intensidades dos sintomas, como dores após esforço e fraqueza muscular, diminuem (SALVADOR; SILVA; ZIRBES, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece o uso da acupuntura para vários tipos de patologias, como, por exemplo, enxaquecas, problemas gastrintestinais, alergias e dores diversas. Além disso, vários estudos têm demonstrado que a acupuntura apresenta uma influência profunda sobre os problemas emocionais e mentais, sendo recomendável à

combinação dessa técnica com outras psicoterápicas, sendo benéfica ao tratamento da fibromialgia (VECTORE, 2005).

Diferente do condicionamento físico, que visa ganhar força e resistência, o alongamento muscular visa recuperar progressivamente o comprometimento dos músculos, com redução da tensão e aumento da flexibilidade, permitindo ao indivíduo realizar movimentos mais coordenados e eficientes. Além da conscientização corporal, que permite melhorar a rigidez, fazendo com que o indivíduo passe a rever suas atividades da vida diária e a considerar o corpo como um todo (MARQUES; MENDONÇA; COSSERMELLI, 1994).

É importante se ter uma ampla visão da importância do tratamento fisioterápico em pacientes portadores de fibromialgia, pois esta atua na melhora do quadro cardiorrespiratório, de força muscular, algico e no quadro global do paciente. A partir dessas constatações, fica clara a posição de que os pacientes que sofram de fibromialgia devem realizar fisioterapia habitualmente ao longo de sua vida (GOBI; CARVALHO, 2004).

Uma vez que a fisioterapia não objetiva somente o controle da dor, mas também a melhora da capacidade funcional, é de suma importância que, ao início do tratamento, sejam estabelecidas metas mútuas entre o fisioterapeuta e o paciente. Assim o indivíduo tornar-se-á um elemento ativo durante a intervenção, propiciando ganhos a longo prazo e tornando-o menos dependentes dos cuidados de saúde (MARQUES, 2002).

Dados publicados por Valim (2000) mostram que pacientes com fibromialgia apresentam baixos níveis de consumo de oxigênio no limiar anaeróbico, que é o parâmetro mais adequado para medir aptidão cardiorrespiratória na FM.

Os exercícios mais adequados são aqueles sem carga e de baixo impacto para o aparelho osteoarticular, como natação, caminhada ou hidroginástica, pois auxiliam no relaxamento e no fortalecimento muscular, reduzindo a dor e em menor grau melhorando a qualidade do sono (PROVENZA, 2004).

O programa de exercícios deve ter início em um nível logo abaixo da capacidade aeróbica do paciente e progredir em frequência, duração ou intensidade assim que seu nível de condicionamento e força aumentar. A progressão dos exercícios deve ser lenta e gradual e se deve, sempre, encorajar os pacientes a dar continuidade para manter os ganhos induzidos pelos exercícios (HEYMANN, 2010).

O alongamento é uma das técnicas mais utilizadas para se obter o aumento da ADM (PINFILDI, 2004), pois objetiva aumentar a flexibilidade muscular através do estiramento das fibras musculares, fazendo com que elas aumentem o seu comprimento, permitindo ao indivíduo realizar movimentos mais coordenados e eficientes (MARQUES, 1994).

Os efeitos terapêuticos e fisiológicos da hidrocinesioterapia são resultantes de três fatores: os efeitos físicos da água que atuam sobre o organismo, os efeitos da imersão sobre a psique humana e os efeitos dos exercícios quando realizados no ambiente aquático (RUOTI, 2000; BATES, 1998).

O relaxamento obtido a partir do exercício e o suporte fornecido pela água são capazes de levar a importantes melhoras nos relatos subjetivos de dor e rigidez. Uma perspectiva mental mais positiva é muitas vezes alcançada com a realização de exercício sem dor (RUOTI, 2000).

O alongamento ajuda a manter ou melhorar a flexibilidade, relaxar os músculos que estão contraídos e rígidos, diminuindo a dor. Quando bem aplicado, este método proporciona uma melhora do sono e diminuição da dor, que parece ser a queixa principal na FM. Os pacientes que persistem no tratamento mostram uma melhoria na qualidade de vida (PROVENZA, 2002).

4 Conclusão

Apesar da existência de diversas modalidades fisioterapêuticas, os estudos sobre as reais eficácias no trato dos sintomas da Síndrome da Fibromialgia ainda apresentam-se inconclusivos, em sua maioria, devido, principalmente, a existência de diversas inconsistências na metodologia utilizada durante as pesquisas, pois sua etiologia ainda é uma incógnita para a ciência, contudo fica visível a importância de novas pesquisas sobre o assunto abordado.

5 Referências

GOBI, G.; CARVALHO, F. **Importância da intervenção fisioterapêutica em pacientes portadores de fibromialgia: estudo de caso.** Revista Uni América. v.20, n.1, 2004.

KNOPLICH, J. **Fibromialgia: dor e fadiga.** São Paulo: Editora Robe, 2006.

MARQUES, A. P; MENDONÇA, L. L. F; COSSERMELLI, W. **Alongamento muscular em pacientes com fibromialgia a partir de um trabalho de reeducação postural global (RPG).** Revista Brasileira de Reumatologia. v.34, n.5, p.232-234, 1994.

MARQUES, A. P, *et al.* **Validação da Versão Brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ).** Revista Brasileira de Reumatologia. v.46, n.1, p.24-31, 2006.

NOGUEIRA, R. M. P; CARDOSO, J. R. **Revisão sistemática sobre a efetividade da fisioterapia aquática no tratamento da fibromialgia.** Congresso de Hidroterapia. 2005.

PELLEGRINO, M. J.; WAYLONIS, G. W.; SOMMER, A. **Familial occurrence of primary fibromyalgia.** Archives of physical medicine and rehabilitation. v.70, n.1, p.61-63, 1989.

SALVADOR, J. P.; SILVA, Q. S.; ZIRBES, M. C. G. M. **Hidrocinestoterapia no tratamento de mulheres com fibromialgia: estudo de caso.** Revista Fisioterapia e Pesquisa. v.12, n.1, p.27-36, 2005.

SANTOS, A. M. B, *et al.* **Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia.** Revista Brasileira de Fisioterapia. v.10, n.3, p.317-324, 2006.

SILVA, G. D.; LAGE, L. V. **Ioga e Fibromialgia.** Revista Brasileira de Reumatologia. v.46, n.1, p.37-39, 2006.

VALIM, V. **Benefícios dos Exercícios Físicos na Fibromialgia.** Revista Brasileira de Reumatologia. v.46, n.1, p.49-55, 2000.

VECTORE, C. **Psicologia e acupuntura: primeiras aproximações.** Revista de Psicologia da Ciência. v.25, n.2, p.266-285, 2005.

WEIDEBACH, W. F. S. **Fibromialgia: Evidências de um Substrato Neurofisiológico.** Revista da Associação Médica Brasileira. v.48, n.4, p.291-291, 2002.

CAVALCANTE, A. B.; SAUER, J. F.; CHALOT, S. D.; ASSUMPÇÃO, A.; LAGE, L. V.; MATSUTANI, L. A.; MARQUES, A. P. **A Prevalência de Fibromialgia: uma Revisão de Literatura.** Revista Brasileira de Reumatologia, v. 46, n. 1, p. 40-48, Jan./Fev. 2006.

HEYMANN, R. E, *et al.* **Consenso Brasileiro do Tratamento da Fibromialgia.** Revista Brasileira de Reumatologia, vol. 50, n. 1, p. 56-66, Jan./Fev. 2010.

MARQUES, A. P.; MENDONÇA, L. L. F.; COSSERMELLI, W. **Alongamento muscular em pacientes com fibromialgia a partir de um trabalho de reeducação postural global (RPG).** Revista Brasileira de Reumatologia, v. 34, n. 5, p. 232-234, Ago./Set. 1994.

MARQUES, A. P.; MENDONÇA, L. L. F.; MATSUTANI, L. A.; FERREIRA, E. A. G. **A fisioterapia no tratamento de pacientes com fibromialgia: uma revisão da literatura.** Revista Brasileira de Reumatologia, v. 42, n. 1, Jan./Fev. 2002.

PROVENZA, J. R.; POLLAK, D. F.; MARTINEZ, J. E.; PAIVA, E. S.; HELFENSTEIN, M.; HEYMANN, R.; MATOS, J. M. C.; SOUZA, E. J. R. **Diretrizes da Fibromialgia - Sociedade Brasileira de Reumatologia.** 2004.

PROVENZA, J. R, *et al.* **Spect cerebral em pacientes com fibromialgia.** Revista Brasileira de Reumatologia, v. 42, n. 1, p. 25-29, Jan./Fev. 2002.

WOLFE, F.; ROSS, K.; ANDERSON, J.; RUSSELL, I. J. **Aspects of fibromyalgia in the general population: sex, pain threshold, and fibromyalgia symptoms.** Journal Rheumatology, v. 22, n. 1, p. 151-156, Jan. 1995.

HIRAKUI, Thaisa. **Acupuntura, uma terapêutica alternativa no tratamento da fibromialgia.** Artigo de conclusão da graduação UNIBAN – SP. Disponível em: <http://interfisio.locaweb.com.br/index.asp?fid=105&ac=1&id=6>. Acesso em: 08 de outubro de 2015.

IGNACHEWSKI, Lucienne E. R.; et al. **Aspectos Fisiopatológicos e Neuroendócrinos da Síndrome de Fibromialgia.** Saúde em Revista, Piracicaba, 6(12): 55-58, 2004.

BERBER, Joana de Souza Santos; KUPEK, Emil; BERBER, Saulo Caíres. **Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia.** Rev. Bras. Reumatol. , São Paulo, v. 45, n. 2, 2005.

HELFENSTEIN MA, FELDMAN D. **Síndrome da fibromialgia: características clínicas e associações com outrassíndromes disfuncionais.** Rev Bras de Reumatologia.42 (1): 8-14, 2002.

SEDA H. **Reumatismo. Conceito – história – nomenclatura – classificação – epidemiologia.** Ed. 2, Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1982, 24 p.

MARTINEZ, J. E, *et al.* **Análise crítica de parâmetros de qualidade de vida de pacientes com fibromialgia.** Acta Fisiátrica 5(2): 116-120, 1998.

MARTINEZ, J. E, *et al.* **Estudo qualitativo da percepção das pacientes sobre a fibromialgia.** Rev Bras Reumatol, vol. 42, n. 1, p. 30-36, jan/fev, 2002.

PROVENZA, J. R., *et al.* **Spect cerebral em pacientes com fibromialgia.** Rev Bras Reumatol, vol. 42, n. 1, p. 25-29, jan/fev, 2002.

ROIZENBLATT, Suely; SILVA, Ana Amelia Benedito; TUFIK, Sergio; MOLDOFSKY, Harvey. **Características do sono alfa na fibromialgia.** Rev Bras Reumatol, vol. 42, nº 1, p.15- 24, jan/fev, 2002.

KIYOMOTO, Henry Dan; ALMEIDA, Ana Flávia Naoum de; SAMPAIO, Paloma de Mesquita; ZUTTIN, Roberta da Silva; FERRARI, Cristina Barbosa. **Influência dos exercícios aeróbios na fibromialgia.** Med. rehabil;26(3):89-92, set.-dez. 2007.

SABBAG, L. M. S, *et al.* **Efeitos do condicionamento físico sobre pacientes com fibromialgia.** Rev. bras. med. esporte;13(1):6-10, jan.-fev. 2007.

PINFILDI, C. E.; PRADO, R. P.; LIEBANO, R. E. **Efeito do alongamento estático após diatermia de ondas curtas versus alongamento estático nos músculos ísquios tibiais em mulheres sedentárias.** Fisioterapia Brasil, v. 5, n. 2, p. 119-124, Mar./Abr. 2004.

PROVENZA, J. R.; POLLAK, D. F.; MARTINEZ, J. E.; PAIVA, E. S.; HELFENSTEIN, M.; HEYMANN, R.; MATOS, J. M. C.; SOUZA, E. J. R. **Diretrizes da Fibromialgia - Sociedade Brasileira de Reumatologia.** 2004.

MAEDA, Cecília; MARTINEZ, José Eduardo; NEDER, Matilde. **Efeito da Eutonia no Tratamento da Fibromialgia.** Rev Bras Reumatol, v. 46, n. 1, p. 3-10, jan/fev, 2006.

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Janayna Gaigher SIMÕES¹, Uly Assunção BERNARDO¹, Guilherme Lemos IMBELLONI*²; Milena Santos LÍVIO², Eduardo Luis Pereira da SILVA² & Gisele Simas dos SANTOS³

¹ Discentes do Centro Universitário São Camilo – ES – Curso de Graduação em Fisioterapia – Cachoeiro de Itapemirim/ES, Brasil.

² Docentes do Centro Universitário São Camilo – ES – Curso de Graduação em Fisioterapia – Cachoeiro de Itapemirim/ES, Brasil.

³ Docentes da Universidade Iguazu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

*guilhermeimbelloni@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A atuação do fisioterapeuta vem adquirindo crescente importância nos serviços de atenção primária à saúde como é o caso da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Porém, sua inserção nesses serviços ainda é uma prática nova e um processo em construção. **Materiais e Métodos:** A seleção dos artigos científicos estabeleceu os seguintes critérios: a abordagem do tema proposto de atuação do fisioterapeuta na atenção primária e suas principais ações. **Resultados e Discussão:** Muitas vezes ainda sendo reconhecido como um profissional que reabilita, a atuação do fisioterapeuta no campo preventivo e de promoção à saúde fica esquecida. A atuação do fisioterapeuta na ESF pode captar uma demanda reprimida pelo serviço de fisioterapia, ou seja, a parcela da população que não tem acesso passa a usufruir do atendimento à medida que o fisioterapeuta é trazido para mais próximo das famílias e da comunidade. **Conclusão:** A fisioterapia atende a família de forma integral, contribuindo para ações de promoção e prevenção com: crianças, adolescentes, mulher, adulto, idoso, gestante, obesos, ou seja, em todas as fases do ciclo de vida.

Palavras chave: Atenção Primária, Fisioterapia, Estratégia de Saúde da Família, Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: The role of the physiotherapist is acquiring increasing importance in primary health care services such as the Family Health Strategy (FHS). However, their inclusion in such services is still a new practice and a process under construction. **Materials and Methods:** The selection of scientific articles established the following criteria: a theme approach proposed physiotherapist's role in primary care and its main actions. **Results and Discussion:** Often still being recognized as a professional rehabilitation, the role of the physiotherapist in the preventive field and to promote health is overlooked. The role of the physiotherapist in the FHS can capture an unmet demand for physiotherapy service, ie the share of the population has no access will make use of the service as the therapist is brought closer to the families and the community. **Conclusion:** Physical therapy meets family fully, contributing to promotion and prevention actions with: children, teenagers, woman, adult, elderly, pregnant women, obese, or at all stages of the life cycle.

Keywords: Primary Care, Physical Therapy, Family Health Strategy, Public Health

1 Introdução

Na década de 80 a saúde no Brasil sofreu profundas alterações. Em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde que influenciou significativamente dois processos que tiveram início em 1987: no Executivo, a implantação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) e, no Legislativo, a elaboração da Constituição de 1988 (TRELHA et al, 2007), que garantiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, implantando em 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Saúde Pública atua em três áreas importantes: a investigação, a educação e a prática dos serviços de atenção preventivos e curativos, indissociados e, além disso, é uma ciência multidisciplinar integradora de outras ciências (BRASIL et al, 2005).

Em 1994 estabeleceu-se como modelo de atenção o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL et al, 2005). Tendo a proposta de fazer uma nova abordagem do processo saúde-doença nos serviços públicos de saúde, a ESF busca um novo enfoque, que leva a equipe para perto das famílias visando uma mudança da orientação do modo de tratar a saúde, anteriormente voltado ao campo curativo, conduzindo-o para mais próximo do campo da prevenção. A Saúde da Família traz consigo outro elemento inovador: a multidisciplinaridade (CASTRO, CIPRIANO JUNIOR, MARTINHO, 2006). Existem três níveis de aplicação de medidas preventivas. O nível primário de prevenção é aplicado quando o indivíduo está em bom estado de saúde, as ações são voltadas para manter essa condição. O nível secundário é quando o organismo do indivíduo se encontra com alguma alteração na sua forma ou função. As ações realizadas nesse nível têm como objetivo identificar e fazer o diagnóstico precoce do problema a fim de realizar medidas de terapia adequada para que o organismo volte ao estado de equilíbrio anterior. Já no nível terciário de prevenção o principal objetivo é fazer com que o indivíduo volte a ter uma posição na sociedade que o faça se sentir com alguma utilidade (BRASIL et al, 2005).

No que tange à atuação profissional no Sistema Unificado de Saúde (SUS) tem se tornado crescente o debate em torno da necessidade de adequação das profissões à realidade epidemiológica e à nova lógica de organização dos sistemas de serviços de saúde (JUNIOR, 2010).

A partir da década de 90, com o surgimento da Constituição Federal de 1988 e a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituições representativas e formadoras ligadas à fisioterapia começaram a estimular a participação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde (PORTES et al, 2011).

A atuação do fisioterapeuta é entendida como assistência no nível de atenção terciária; porém, sabe-se que quando inserido na atenção primária, pode ser de grande valia para ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde (SILVA; ROS, 2007).

O objetivo deste trabalho é abordar o papel e a importância da fisioterapia na atenção básica de saúde.

2 Materiais e Métodos

O presente estudo foi sustentado através de uma revisão bibliográfica de literatura, com a utilização das bases de dados eletrônicas Literatura Latino Americana em Ciência da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), de março a junho de 2015. A seleção dos artigos científicos estabeleceu os seguintes critérios: a abordagem do tema proposto de atuação do fisioterapeuta na atenção primária e suas principais ações. As buscas foram realizadas nas bases de dados com os seguintes descritores: fisioterapia, atenção primária e saúde pública.

3 Resultados e Discussão

O fisioterapeuta pode atuar em todos os níveis de atenção, dentro de uma equipe interdisciplinar, porém é muito pouco divulgado essa função devido a aspectos políticos e econômicos (BRASIL et al, 2005).

A Resolução do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFITTO) nº 08/78 ampliou de forma significativa o campo de atuação do fisioterapeuta, abrangendo os níveis de assistência na prevenção primária, secundária e terciária, pois muito mais do que reabilitar e tratar o fisioterapeuta tem que desenvolver ações visando a saúde do indivíduo como um todo (REZENDE et al, 2009).

No nível da atenção básica em saúde, pode participar das equipes multiprofissionais destinadas ao planejamento, implementação, controle e execução de programas e projetos de ações em atenção básica de saúde; pode promover e participar de estudos e pesquisas voltados à inserção de protocolos da sua área de atuação nas ações básicas em saúde; pode participar do planejamento e execução de treinamento e reciclagem de recursos humanos em saúde; e participar de órgão colegiado de controle em saúde (CASTRO, CIPRIANO JUNIOR, MARTINHO, 2006).

Devido a algumas características do trabalho dentro da ESF, a profissão teve que adaptar sua prática a realidade, atuando algumas vezes em praças, igrejas, escolas e o atendimento é realizado em grupo (LOURES; SILVA, 2010)

Infelizmente, esses profissionais ainda sofrem com o —estigma da reabilitação, pois no processo histórico da fisioterapia as ações não contemplavam a saúde pública, e ainda é difícil traçar um modelo de fisioterapia que atue na prevenção de doenças e promoção de saúde. Por isso, muito mais do que reabilitar pessoas é preciso criar condições necessárias para que a saúde se desenvolva (BRASIL et al, 2005).

Na fisioterapia há o problema de clareza sobre o objeto de trabalho o que induz a indefinições do campo de atuação do profissional, parecendo estar voltado para uma pequena parcela do objeto: a doença e suas sequelas. Isto se reflete no perfil acadêmico do fisioterapeuta, onde muitos estão voltados apenas para o processo de reabilitação. É de extrema importância para a comunidade, a capacitação do profissional para a ação preventiva e educativa em que atua, contribuindo para a melhora da qualidade de vida (SILVA; ROS, 2007).

As atividades que os fisioterapeutas vêm realizando na Estratégia Saúde da Família são desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) e em domicílio são: Reconhecimento da área descentralizada; Potencialidades da comunidade; Grupos de gestantes; Grupos de postura; Grupos de mães de crianças com infecção respiratória aguda (IRA); Grupo de prevenção de incapacidades em hanseníase; Grupo de mães de crianças com problemas neurológicos; Grupo de idoso; Atuação no climatério; Atuação na saúde da criança; Atendimento individual; Estimulação essencial em crianças com atraso no desenvolvimento neuro-psico-motor; Atuação nas creches; Reeducação postural global; Busca de novos casos de hanseníase; Acompanhamento de pacientes acometidos pela hanseníase (tratamento de seqüelas); Resgate dos cuidadores dentro do ambiente familiar; Orientações de saúde em geral, não só relacionada à fisioterapia (BRASIL et al, 2005, p.06).

4 Conclusão

O fisioterapeuta tem potencialidades de fazer muito bem o papel de desenvolver ações que sejam eficientes e efetivas, uma vez que ele se dedica a estudar o movimento humano e atividades de vida diárias e laborais. Portanto, espera-se que com o tempo, a fisioterapia possa conquistar o seu lugar na Saúde Pública com competência.

5 Referências

BRASIL, Ana Cristhina de Oliveira et al. O Papel Do Fisioterapeuta Do Programa Saúde Da Família Do Município De Sobral-Ceará. **RBPS** 2005; 18 (1), p.3-6.

CASTRO, CIPRIANO JUNIOR, MARTINHO. Fisioterapia no programa de saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v.19, n.4, p.55-62, out/dez, 2006.

JUNIOR, José Patricio Bispo. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15: 1627-1636, 2010.

LOURES, Lilianny Fontes; SILVA, Maria Cecília de Souza. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(4):2155-2164, 2010.

PORTES, Leonardo Henriques et al. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. **Rev. APS**; 2011; jan/mar; 14(1); 111-119.

REZENDE, Mônica et al. A equipe multiprofissional da Saúde da Família: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1403-1410, 2009.

SILVA, Daysi Jung da; ROS, Marco Aurélio Da. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(6):1673-1681, 2007

TRELHA, Celita Salmaso et al. O fisioterapeuta no programa de saúde da família em Londrina (PR). **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.2, p.20-25, jun. 2007.

RESISTÊNCIA AS QUINOLONAS NO TRATAMENTO DE ITU

Rondinelli de Carvalho LADEIRA¹, Diego Gomes OLIVEIRA², Denise Aparecida da SILVA¹, Carlos Rubens Ponchini CARVALHO¹, Josileyde Ribeiro Dutra de SOUZA¹ & Luciana de Oliveira FUMIAN¹

¹ Universidade Iguazu, Campus V. Professor (a) do curso de Farmácia. Rio de Janeiro. Brasil.

² Universidade Iguazu, Campus V. Discente do curso de farmácia. Rio de Janeiro. Brasil.

RESUMO

A infecção do trato urinário (ITU) é uma patologia extremamente frequente, que ocorre em todas as idades, do neonato ao idoso, e estão no grupo dos quatro tipos mais frequentes de infecções hospitalares, sendo caracterizadas pela invasão de microorganismos em qualquer tecido da via urinária. A *Escherichia coli* é um dos principais microorganismos causadores de ITU. Sendo assim, os principais medicamentos de escolha para o tratamento, incluem a família de antibióticos, Quinolonas, devido à eficácia seus respectivos mecanismos de ação.

Palavras-chave: Infecções do trato urinário (ITU), Quinolonas, Resistência bacteriana.

ABSTRACT

Quinolone Resistance Infections in Treatment Urinary Tract Health. A urinary tract infection is an extremely common condition that occurs in all ages, from newborns to the elderly, and are in the group of the four most common types of hospital infections and is characterized by the invasion of microorganisms in any tissue of the road urinary. *Escherichia coli* is a major cause of microorganisms infections urinary tract. Thus, the main drugs of choice for the treatment, include the family of antibiotics, quinolones, due to their effectiveness mechanisms of action.

Key words: Infections in urinary tract, Quinolone, Bacterial resistance.

1 Introdução

As infecções do trato urinário (ITU) são manifestações frequentes na população, com maior frequência nas mulheres que nos homens, em decorrência da uretra feminina ser mais curta, favorecendo a colonização pela flora fecal. Outro aspecto relevante na mulher seria a probabilidade de contaminação bacteriana da uretra feminina no ato sexual (LUCCHETTI, 2005).

As ITUs podem ser classificadas de acordo com a sua localização anatômica: a das vias baixas, como cistite, uretrite, epididimite, orquite e prostatite (aguda e crônica); e a das vias altas, que correspondem às infecções que acometem os rins (pielonefrites) (BLATT & MIRANDA, 2005).

A ITU hospitalar é responsável por aproximadamente 40% de todas as infecções hospitalares, sendo também uma das fontes importantes de sepse hospitalar. O agente etiológico mais comumente isolado das ITU's é a bactéria *Escherichia coli*, que é responsável por aproximadamente 40% das infecções urinárias dos pacientes hospitalizados. O restante é causado por outros membros da família *Enterobacteriaceae*, como *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia* e leveduras, particularmente espécies de *Candida*, e bactérias não fermentadoras, como *Pseudomonas aeruginosa*, que são organismos mais frequentemente encontrados em infecções

adquiridas em hospitais, uma vez que a resistência destes aos antibióticos favorece sua seleção em pacientes hospitalizados (VERONESI, 1996).

O norfloxacin, por sua notável ação antimicrobiana, foi a primeira fluorquinolona para uso em medicina humana. No entanto, sua farmacocinética é pouco favorável para o tratamento de infecções sistêmicas, pois a droga é absorvida por via oral em pequena quantidade (somente de 30 a 40%) e sua concentração tissular é baixa. Por isso, a principal indicação clínica do norfloxacin consiste na terapêutica de infecções urinárias e prostáticas e em infecções intestinais. Sendo assim, a utilidade clínica do norfloxacin é semelhante à do ácido pipemídico, partilhando as duas substâncias espectro de ação semelhante e a propriedade farmacocinética de ser administrada por via oral em duas tomadas de 12/12 horas para o tratamento de infecções das vias urinárias (TAVARES, 2001).

As fluoroquinolonas são um dos grupos de antimicrobianos com maior crescimento do uso (e do abuso) nos últimos anos. O seu uso tem sido associado à crescente resistência entre Gram-positivos e Gram-negativos hospitalares, mas é no uso profilático dessas drogas que se percebe mais claramente os riscos: em apenas cinco anos, a incidência de bacteremias por Gram negativos resistentes a quinolonas aumentou nove vezes em um centro de oncologia e hematologia europeu que adotou o uso profilático de fluoroquinolonas em pacientes com neutropenia profunda. A crescente resistência de microorganismos às drogas antimicrobianas tem sido enfocada com preocupação por diferentes autores, nos últimos cinco anos, também no contexto das infecções urinárias (LEAL, 2004).

O presente trabalho tem como objetivo geral estabelecer discussões relacionadas sobre o uso de quinolonas no tratamento de ITU (infecções do trato urinário) e a resistência bacteriana existente, tendo como objetivos específicos demonstrar de uma forma sucinta a forma na qual os microorganismos causadores de ITU (infecções do trato urinário) criaram resistência a este grupo de antibióticos (quinolonas). Para tal, realizou-se uma pesquisa de centro bibliográfico que segundo (LAKATOS e MARCONI, 1991), ressaltam, é todo estudo realizado com documentos ou fontes secundárias, e abrange toda bibliografia tornada pública em relação ao tema em estudo, desde jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, e outros.

2 Infecções do Trato Urinário

A infecção do trato urinário (ITU) é afecção muito comum, e responde por grande parte dos processos infecciosos, comunitários e hospitalares. Caracteriza-se pela presença de microorganismos nas vias urinárias, habitualmente, bactérias, seja na bexiga, próstata, sistema coletor ou rins. Infecção por fungos é incomum, e costuma acometer pacientes imunossuprimidos, principalmente transplantados e portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Raramente, pode ocorrer infecção por vírus, ou mesmo acometimento do trato urinário na esquistossomose (CATTEL WR, 1996).

A incidência varia de acordo com a faixa etária. É mais comum no sexo masculino, no primeiro ano de vida, devido à maior incidência de mal-formações congênitas, como válvula de uretra posterior, mal-formações da uretra. Após tal período, passa a ser mais frequente no sexo feminino. Na idade pré-escolar, tende a ser de 10 a 20 vezes maior em crianças do sexo feminino. No adulto, a frequência de ITU aumenta, também, com predomínio no sexo feminino, com picos de incidência, no início, ou relacionado com atividade sexual, na gestação e na menopausa. A incidência volta a aumentar no sexo masculino após a 5ª e 6ª década de vida, devido a problemas da próstata. A menor incidência de ITU, no sexo masculino, deve-se a fatores anatômicos: uretra mais longa, atividade bactericida do fluido prostático e ambiente periuretral mais úmido. No sexo feminino, além da uretra mais curta, há, também, maior proximidade do ânus com a uretra e o vestíbulo vaginal, o que possibilita a colonização destes por enterobactérias que, habitualmente, causam ITU (HOOTON & STAMM, 1997).

Tabela 1: Fatores de predisposição de pacientes idosos às ITU.

GÊNERO	FATORES PREDISPOANTES PARA ITU
Mulheres	Deficiência estrogênica pós - menopausa Aumento do volume residual de urina
Homens	Hipertrofia prostática Diminuição da atividade característica das secreções prostáticas Infecções prostáticas Estenose de uretra Cateteres urinários externos
Ambos	Anormalidades urológicas Bexiga neurogênica Sondagem vesical

Fonte: DELLACORTE, et al (2001).

Os microorganismos uropatogênicos colonizam o intestino grosso e a região perianal. Nas mulheres, pode haver colonização do vestíbulo vaginal e do intróito uretral e, posteriormente, ocorre ascensão para a bexiga e/ou rins. Em condições normais, há competição entre esses uropatógenos e a flora vaginal, constituída predominantemente por lactobacilos. A colonização da vagina é facilitada, principalmente, pelo uso de antibióticos e pela má higiene perineal. A migração para a uretra e bexiga é desencadeada, principalmente, pela atividade sexual, pelo uso de contraceptivos com espermicida, e pela alteração do pH vaginal, que pode ocorrer com a alteração da flora pelo uso de antibióticos e pelo hipoestrogenismo que, habitualmente, ocorre na menopausa (SCHOOLNIK, 1999).

Foxman (1990) cita como as principais enterobactérias causadoras de ITU: *Escherichia coli* (> 85% ITU comunitárias e 50% ITU hospitalares), *Staphylococcus saprophyticus*, *Proteus sp*, *Klebsiella sp*, *Pseudomonas sp*, *Serratia sp*, *Enterobacter sp*, *Enterococo*.

As enterobactérias podem apresentar as seguintes estruturas, relacionadas a seguir:

- Flagelo (antígeno H), responsável pela motilidade.
- Cápsula (antígeno K), confere resistência à fagocitose.
- Lipopolissacarídeo (antígeno O), determinante antigênico.
- Hemolisina, toxina polipeptídica, que provoca lise de hemácias.
- Aerobactina, quelante de ferro secretado, devido à importância deste no crescimento e divisão bacteriana (CATTEL WR, 1996).

Fímbrias, estruturas responsáveis pela aderência da bactéria ao urotélio e pela transmissão de informação genética para outras bactérias através dos plasmídeos.

Há dois tipos de fímbrias:

- a) fímbria tipo I: o receptor é a manose ou a proteína de Tamm Horsfall,
- b) fímbria P: liga-se ao grupo sanguíneo P, presente em hemácias e em células epiteliais, o receptor é parte de um glicosíngolípide (Gal-Gal), associa-se com pielonefrite (SCHOOLNIK, 1999).

A ITU pode ser classificada do ponto de vista clínico em várias síndromes, como as indicadas a seguir:

Cistite: também denominada ITU baixa, se caracteriza pela invasão e aderência de microorganismos na bexiga, levando a uma resposta inflamatória. Clinicamente caracteriza-se por presença de disúria, polaciúria, tenesmo vesical e dor hipogástrica. Cerca de 30% das ITU baixas apresentam comprometimento alto oculto, e o tratamento nestes casos deve ser feito para ITU alta.

Tabela 2: Fatores a serem considerados em caso de ITU alta oculta.

Sexo masculino	Idade avançada
Infecção hospitalar	Gravidez
Cateter urinário	Instrumentação recente do trato urinário
Alterações anatômicas ou funcionais do trato urinário	Uso recente de antibióticos
Presença de sintomas por sete dias ou mais	História de infecção do trato urinário na infância
<i>Diabetes Mellitus</i>	Imunossupressão

Fonte: VIEIRA NETO, 2003 (modificado)

Pielonefrite: também denominada ITU alta e nefrite intersticial bacteriana, caracteriza-se pela invasão e aderência de microorganismos no rim, levando a uma resposta inflamatória. Clinicamente caracteriza-se por dor em flanco, sensibilidade na região lombar (sinal de Giordano), febre, calafrios, náuseas e vômitos (CATTEL, 1996).

Bacteriúria assintomática: caracterizada pela presença de bacteriúria significativa em pacientes sem sintomas atribuíveis ao trato urinário. Para que se possa diferenciar da contaminação, deve ocorrer o crescimento do mesmo germe em duas uroculturas e com contagem de colônias > 100.000/ml ou próxima a esse valor (HOOTON, 1997).

Síndrome uretral: sintomas de disúria e pola-ciúria exuberantes, porém com urocultura negativa, e sedimento urinário normal ou com leucocitúria. Habitualmente, associa-se a infecções por germes não habituais (*Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urea-lyticum*, *Mycoplasma*, *Gonococo*, *Trychomonas*, *Cândida*, *Mycobacteria*), e cistites não infecciosas (FOXMAN, 1990).

3 Resistência Bacteriana

Existem quatro mecanismos principais de ação mediando a resistência bacteriana a drogas, que são os seguintes:

- 1- As bactérias produzem enzimas que inativam a droga;
- 2- As bactérias sintetizam alvos modificados para os quais as drogas são ineficazes;
- 3- As bactérias alteram sua permeabilidade, de forma que a concentração intracelular de uma determinada droga não é alcançada;
- 4- As bactérias exportam drogas ativamente usando uma —bomba de multirresistência às drogas. As bombas MDR importam prótons e, em uma reação de troca, exportam uma variedade de moléculas estranhas, incluindo certos antibióticos, como as quinolonas.

Na maioria das vezes, a resistência a drogas é devida a modificações genéticas no organismo, por uma mutação cromossomal ou pela aquisição de um plasmídeo ou de um transposon. As infecções hospitalares adquiridas são, de maneira significativa, mais provavelmente causada por organismos resistentes a antibióticos que as infecções adquiridas na comunidade. Isso é especialmente verdade para as infecções hospitalares causadas por *Staphylococcus aureus* e por bastonetes Gram-negativos entéricos como *Escherichia coli* e *Pseudomonas aeruginosa* (LEVINSON, 2005).

3.1 Base genética da resistência

3.1.1 Resistência mediada pelo cromossomo

A resistência cromossomal é devida a uma mutação no gene que codifica para o alvo da

droga ou para o sistema de transporte na membrana que controla a entrada da droga na célula,

consequentemente, a resistência cromossomal é um problema clínico menor que a resistência mediada pelos plasmídeos (LEAL, 2004).

3.1.2 Resistência mediada por plasmídeo

Resistência mediada por plasmídeo é muito importante do ponto de vista clínico por três razões:

- 1- Ocorre em várias espécies diferentes, especialmente em bastonetes Gram-negativos.
- 2- Os plasmídeos frequentemente medeiam resistência múltipla a drogas.
- 3- Os plasmídeos possuem uma alta taxa de transferência de uma célula para outra, normalmente por conjugação (LEVINSON, 2005).

3.1.3 Resistência mediada por transposons

Transposons são sequências genéticas transferidas dentro ou entre grandes frações de DNA, como o cromossomo bacteriano e os plasmídeos. Um transposon típico para resistência a drogas é composto por três genes flanqueados em ambos os lados por sequências de DNA menores, normalmente uma série de bases repetidas invertidas que medeia a interação do transposon com o DNA (FRAIMOW & ABRUTYN, 1995).

3.2 Bases não-genéticas para a resistência

Existem várias razões não-genéticas para uma falha na inibição do crescimento de bactérias por algumas drogas:

- 1- As bactérias podem proteger-se dentro da cavidade de um abscesso no qual a droga antimicrobiana não penetra. O dreno cirúrgico, nesses casos, é necessário como adjunto à quimioterapia.
- 2- As bactérias podem permanecer em um estágio estacionário, sem crescimento; assim, tornam-se insensíveis a inibidores de parede celular como as penicilinas e as cefalosporinas. Da mesma forma, *M. tuberculosis* pode permanecer dormente nos tecidos por muitos anos e, durante esse tempo, torna-se insensível a drogas. Se as defesas do hospedeiro foram diminuídas e as bactérias começam a se replicar, elas se tornam novamente suscetível às drogas, indicando que não houve nenhuma mudança genética.
- 3- Sob determinadas circunstâncias, os organismos que normalmente são mortos pela penicilina podem perder sua parede celular, sobreviver na forma de protoplastos e se tornarem insensíveis a drogas que têm a parede celular como alvo.
- 4- Vários artefatos podem fazer com que o organismo pareça resistente, por exemplo, a administração de uma droga ou de uma dose errada, uma falha na droga em atingir o seu sítio de ação (um bom exemplo é a pouca penetração no líquido do cefalorraquidiano de várias cefalosporinas) ou uma falha do paciente em tomar a droga (TAVARES, 2001).

3.3 Seleção de bactérias resistentes por uso inapropriado de antibióticos

Trabulsi (2004) afirma que vários surtos de doenças causadas por bastonetes Gram-negativos resistentes a múltiplas drogas têm ocorrido em muitos países desenvolvidos. Na América do Norte, muitas infecções hospitalares são causadas por organismos com resistência múltipla a drogas antimicrobianas. Existem três principais pontos focais do uso inapropriado de antibióticos que complicam ainda mais o problema, pelo aumento de seleção de mutantes resistentes:

- 1- Alguns médicos utilizam múltiplos antibióticos quando apenas uma seria suficiente.

- 2- Em muitos países, os antibióticos são vendidos sem prescrição médica.
- 3- Os antibióticos são usados em ração animal para prevenir infecções e promover crescimento.

5 Quinolonas

Os membros mais antigos dessa classe de antimicrobianos sintéticos, em particular o ácido nalidíxico, têm estado disponíveis, durante muitos anos, para o tratamento de infecções do trato urinário. Esses fármacos são de importância relativamente menor, em virtude de sua utilidade terapêutica limitada e do rápido desenvolvimento de resistência bacteriana. Sendo assim, a introdução mais recente das 4-quinolonas fluoradas, como norfloxacino e ciprofloxacino, representa um avanço terapêutico particularmente importante, visto que esses fármacos são dotados de ampla atividade antimicrobiana (GOODMAN & GILMAN, 2003).

Os compostos atualmente disponíveis para uso clínico consiste em 4-quinolonas que contém um ácido carboxílico na posição 3 da estrutura em anel básica. As fluorquinolonas mais recentes também contém um substituinte flúor na posição 6 e muitos desses compostos possuem uma porção de piperazina na posição 7 (GOODMAN & GILMAN, 2003).

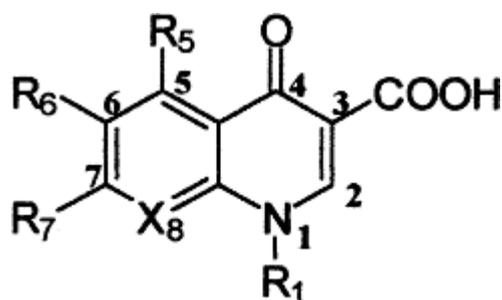


Figura 1: Estrutura básica de uma quinolona (CAMOZATTO, 1999).

O alvo das quinolonas consiste na DNA girase e na topoisomerase IV bacterianas. Para muitas bactérias Gram-positivas (como *S. aureus*), a topoisomerase IV é a atividade primária inibida pelas quinolonas. Em contraste, para muitas bactérias Gram-negativas (como *E. coli*), o principal alvo das quinolonas é a DNA girase (GOODMAN & GILMAN, 2003).

A DNA girase de *E. coli* é constituída de 2 subunidades A de 105.000 daltons e 2 subunidades B de 95.000 daltons, codificadas pelos genes *gyrA* e *gyrB*, respectivamente. As subunidades A, que desempenham a função de corte dos filamentos da girase, constituem o local de ação das quinolonas. Os fármacos inibem a superespiral do DNA mediada pela girase em concentrações que estão bem correlacionadas com as necessárias para inibir o crescimento bacteriano. As mutações do gene que codifica o polipeptídeo da subunidade A podem conferir resistência a estes fármacos (GOODMAN & GILMAN, 2003).

Topoisomerase IV também é constituída de 4 subunidades codificadas pelos genes *parC* e *parE* em *E. coli*. A topoisomerase IV separa moléculas-filhas de DNA interligadas (encadeadas), que são o produto da replicação do DNA. As células eucarióticas não contém DNA girase. Entretanto, possuem uma DNA topoisomerase tipo II semelhante do ponto de vista conceitual e mecânico, que remove superespirais positivas do DNA eucariótico, a fim de evitar seu entrelaçamento durante a replicação. As quinolonas só inibem a topoisomerase tipo II das células eucarióticas em concentrações muito mais elevadas (GOODMAN & GILMAN, 2003).

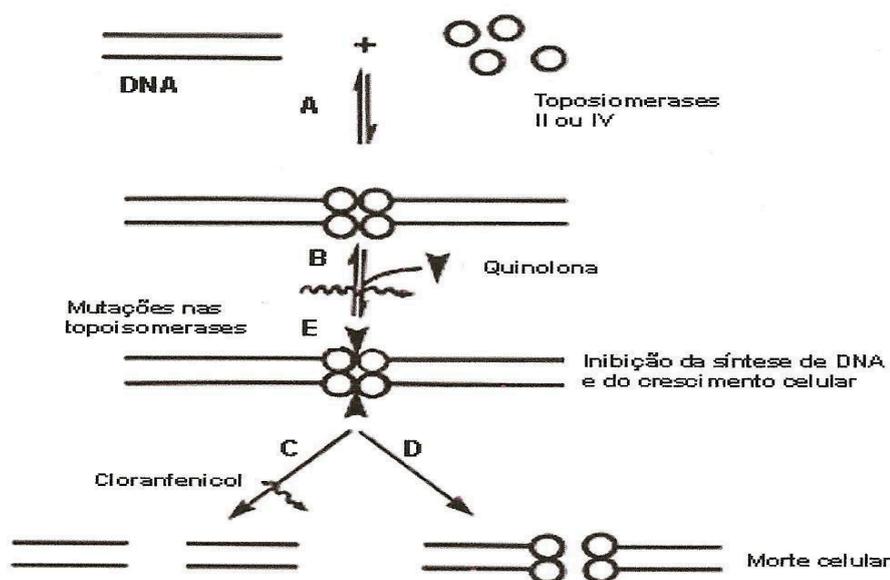


Figura 2: Mecanismo de ação intracelular das quinolonas. Fonte: Adaptado do artigo publicado por Chen et al., 1996.

As fluorquinolonas são potentes bactericidas contra *E. coli* e várias espécies de *Salmonella*, *Shigella*, *Enterobacter*, *Campylobacter* e *Neisseria*, também possuem boa atividade contra estafilococos, incluindo cepas resistentes à meticilina (VIEIRA NETO, 2003).

Embora o ácido nalidíxico e o cinoxacino sejam bactericidas contra a maioria das bactérias Gram-negativas comuns que causam infecções do trato urinário, sua atividade intrínseca é limitada. São necessárias concentrações muito altas de ácido nalidíxico para matar a maioria dos bacilos Gram-negativos; *P. aeruginosa* é resistente. Pode-se verificar o desenvolvimento de resistência às quinolonas durante a terapia em decorrência de mutações nos genes cromossômicos bacterianos que codificam a DNA girase ou a topoisomerase IV, ou devido ao transporte ativo do fármaco para fora da bactéria (TAVARES, 2001).

A resistência aumentou após a introdução das fluoroquinolonas, especialmente em *Pseudomonas* e estafilococos. Além disso, está sendo observada uma resistência crescente às fluoroquinolonas em *Clostridium jejuni*, *Salmonella*, *Neisseria gonorrhoeae* e *S. pneumoniae* (CATTEL, 1996).

6 Resistência Bacteriana Às Quinolonas

As fluoroquinolonas representam uma classe de antimicrobianos relativamente nova e que tem contribuído muito para o tratamento de infecções tanto hospitalares quanto comunitárias. Além de apresentar amplo espectro de ação e alta potência, a disponibilidade de administração via oral e sua excelente farmacocinética-farmacodinâmica facilitam muito sua utilização. Porém, o desenvolvimento de resistência tem colocado em risco a utilização clínica desta classe de antimicrobiano (TRAN & JACOBY, 2002).

A bactéria adquire resistência às quinolonas através de mutações espontâneas em genes cromossômicos. Essas mutações levam a uma alteração no sítio de ação (HOOPER, 2001).

Em geral, a resistência às quinolonas, associada a mutações nas topoisomerasas, ocorre gradualmente e de maneira acumulativa, ou seja, mutações simples no sítio principal de ação da droga são associadas a moderados graus de resistência, enquanto mutações adicionais no sítio primário e/ou secundário levam ao alto grau de resistência (HOOPER, 2001).

Para alcançar seus sítios de ação no citoplasma bacteriano, as fluoroquinolonas atravessam a membrana externa pelas porinas OmpF e se difundem pela membrana citoplasmática. Porém, bactérias deficientes na produção da porina OmpF não demonstram alto grau de resistências às quinolonas (HOOPER, 2001).

Recentemente, efluxo ativo também tem sido reconhecido como um dos mecanismos implicados na resistência às quinolonas. Embora esse mecanismo não tenha sido descrito em todas as espécies bacterianas, acredita-se que sua distribuição seja universal (TAVARES, 2001).

Em bactérias Gram-negativas, os sistemas de efluxo tipicamente possuem três componentes: uma bomba de efluxo localizada na membrana citoplasmática, uma proteína de membrana externa e uma proteína de fusão da membrana. Esta tem a função de ligar a bomba de efluxo à proteína da membrana externa. Em amostras de *E. coli*, os componentes do sistema de efluxo AcrAB são: a bomba AcrB, a proteína de fusão da membrana AcrA e a proteína de membrana externa TolC. Os genes que fazem parte do sistema MAR e que irão regular o sistema de efluxo AcrAB são *marA*, *acrB*, *robA*, *soxS*. Mutações cromossômicas nesses genes levam a hiperexpressão do sistema AcrAB-TolC que é o maior contribuidor de resistência em *E. coli* contra drogas e antimicrobianos como ciprofloxacina, novobiocina, eritromicina, tetraciclina, cloranfenicol e cloxacilina (PEREIRA, 2004).

Durante muito tempo, acreditava-se que a resistência às quinolonas fosse somente mediada por genes cromossomais. Porém, a descrição de um plasmídeo, pMG252, presente em uma amostra de *Klebsiella pneumoniae* produtora de β -lactamase de espectro ampliado, isolado na urina de um paciente hospitalizado no Centro Médico da Universidade de Alabama Birmingham, EUA, em 1998, mudou este conceito (PEREIRA, 2004).

Na amostra de *K. pneumoniae* possuidora deste plasmídeo, foi constatado baixo grau de resistência ao ácido nalidíxico e a ciprofloxacina não sendo detectado alteração das proteínas de membrana externa, mudança no acúmulo extracelular, ou inativação enzimática das fluoroquinolonas. Somente quatro após a identificação do plasmídeo pMG252, foi isolado o gene *qnr* responsável por este mecanismo de resistência (TRAN & JACOBY, 2002).

O gene *qnr* foi encontrado no integron In6 e In7, e está localizado ao longo dos genes *qacE Δ 1*, o qual codifica resistência aos compostos de amônio quaternário, e *sulI*, um gene não expressado na resistência às sulfonamidas (TRAN & JACOBY, 2002).

O produto do gene *qnr* é uma proteína, Qnr, que contém 218 aminoácidos, que protege a DNA girase da inibição pela ciprofloxacina. Entretanto, a topoisomerase IV não é protegida contra a inibição causada pela ciprofloxacina (TRAN & JACOBY, 2002). Não é sabido se a proteína Qnr interfere na ligação da quinolona à DAN girase ou se desestabiliza a ligação do complexo quinolona/DNA-girase e DNA.

7 Considerações Finais

A resistência bacteriana de um modo geral é, e vem se tornando cada vez mais, um gravíssimo problema para a saúde pública, e com o grupo de antibióticos quinolonas, não é diferente, visto que a *Escherichia coli* é um dos principais microorganismos causadores de ITU e que o uso indiscriminado de certos antimicrobianos têm propiciado a este grupo de microorganismos novos e surpreendentes mecanismos de resistência.

Este trabalho destaca a importância de conhecer os perfis de resistência locais, para que não sejam utilizados antimicrobianos levando-se em consideração padrões de resistência descritos em literaturas, que podem, muitas vezes, não refletir a realidade do local de trabalho. Desse modo, é possível que se desenvolvam políticas de controle de infecção específica, quer seja em hospitais, ou em clínicas, utilizando-se, da melhor maneira possível, os antimicrobianos disponíveis no mercado.

8 Referências

BLATT, J. M.; MIRANDA, M. C. **Perfil dos microorganismos causadores de infecção do trato urinário em pacientes internados.** Rev. Panam. Infectol. v. 4, 2005.

CAMOZATTO, A. C.; CAMPOS, V. **Quinolonas: gênese e propriedades terapêuticas da terceira geração.** Moreira Jr. Editora V 56 N 5, 1999.

CATTEL WR. **Infections of the kidney and urinary tract.** Oxford University Press, London, 1996.

DELLACORTE, R. R. et. al. **Perfil das infecções do trato urinário em idosos hospitalizados na Unidade de Geriatria do Hospital São Lucas da PUCRS,** Scientia Medica, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 197-204, out./dez. 2007.

FOXMAN B. **Recurring urinary tract infection and risk factors,** 1990.

FRAIMOW HS, ABRUTYN E. **Pathogens resistant to antimicrobial agents,** 1995.

GOODMAN, L. S. & GILMAN, A. **As bases farmacológicas da terapêutica, 12^a ed..** McGraw Hill editora. Rio de Janeiro, 2012.

HOOOPER, D.C. **Emergency mechanisms of fluoroquinolone resistance,** 2001.

HOOTON TM & STAMM WE. **Diagnosis and treatment of uncomplicated urinary tract infection,** 1997.

LAKATOS & MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica.** 3^a Ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LEVINSON, WARREN. **Microbiologia médica e imunologia.** 7^a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

LEAL, M. **O uso de antimicrobianos causa resistência: Hipótese ou fato?** 2004.

LOOK FOR DIAGNOSIS, Disponível em
<http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=Quinolonas&lang=3> 2012.

PEREIRA, Andreia Santos. **Avaliação do perfil de sensibilidade, da similaridade genética e da presença do gene *qnr* em amostras de *E. coli* resistentes á ciprofloxacina isoladas em hospitais brasileiros.** São Paulo, 2004.

SCHOOLNIK, Gil. **How *Escherichia coli* infects the urinary tract,** 1999.

TAVARES, Walter. **Manual de Antibióticos e quimioterápicos antiinfeciosos.** 3^a. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

TRABULSI ,Luiz Rachid [et al]. **Farmacologia** 4^a. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

TRAN, & JACOBY. **Mechanism of plasmid-mediated quinolon resistance,** 2001.

VERONESI Ricardo. **Tratado de Infectologia**. 1^a. ed. São Paulo, 2004.

VIEIRA, Neto Om. **Infecção do trato urinário**. Medicina, Ribeirão Preto, 2003.

O PERFIL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE E DIÁLISE

Natália Rosa, FIGUEIRA¹, Simoni Nazaré Alves do A. PESTANA¹, Edineth Vargas Rosestolato HOFFMAN², Luis Fernando Gonçalves de CASTRO², Sandra Helena de OLIVEIRA² & Daniela Ferreira MONTEIRO^{2*}

¹ Discentes da Universidade Iguazu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

² Docentes da Universidade Iguazu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

*enfdaniferreira@hotmail.com

RESUMO

Este trabalho é um estudo sobre a importância do perfil dos enfermeiros, que melhor atuariam na assistência aos pacientes em tratamento de hemodiálise e diálise da Clinefron de Santo Antônio de Pádua-RJ. É um estudo de caso que está sendo apresentado ao curso de graduação em Enfermagem como requisito parcial para conclusão do mesmo. Foram estabelecidos os seguintes objetivos: descrever o perfil ideal para o profissional de enfermagem responsável pelas atividades desenvolvidas no setor de tratamento de hemodiálise e diálise; identificar o profissional de enfermagem adequado ao mencionado setor da Clínica em questão; analisar os fatores responsáveis pela inadequação desse profissional de enfermagem que atua diretamente no setor de hemodiálise e diálise. Está sendo um estudo exploratório, pautado nas representações sociais. O estudo aponta-se para a relevância do contínuo aperfeiçoamento profissional, destacando o perfil ideal, alinhado a partir das representações dos enfermeiros do setor de Nefrologia da Clínica acima mencionado.

Palavras chave: enfermagem, tratamento, hemodiálise, diálise.

ABSTRACT

This work is a study about the importance of the profile of nurses who would act in the best patient care in hemodialysis treatment and dialysis Clinefron of St. Anthony of Padua-RJ. It is a case study that is being presented to the undergraduate course in Nursing as a partial requirement for completion. The following objectives were established: describe the ideal profile for the nursing professional responsible for the activities performed in the dialysis and dialysis treatment sector; identify the appropriate nursing staff at the Clínica mentioned sector concerned; analyze the factors responsible for the inadequacy of this professional nursing that acts directly on hemodialysis and dialysis sector. It is an exploratory study, based on social representations. The study points to the importance of continuing professional development, highlighting the ideal profile, cobbled from the representations of nurses from the Nephrology sector of the aforementioned Clinic.

Key words: nursing, treatment, hemodialysis, dialysis.

1 Introdução

Diante da necessidade imperiosa de universalização dos direitos à saúde e educação, como requisitos para a cidadania brasileira, permanece atual e pertinente à responsabilidade político-institucional do Ministério da Saúde na formulação e implementação de políticas de interesse para o setor, dentre às quais se destaca a ordenação da formação de recursos humanos. Nesta perspectiva, o reconhecimento da conquista histórica do direito à saúde educação,

contextualizar em direito à educação profissional em saúde, desafiando os gestores e os diversos atores diretamente envolvidos com essas políticas sociais, a formular e implementar propostas significativas que incorporem a complementação da educação fundamental e a promoção da educação profissional de um expressivo universo de trabalhadores.

A hemodiálise é um processo artificial de filtração do sangue, que procura fazer a remoção de substâncias tóxicas do sangue por meio de um rim artificial mecânico, em substituição aos rins orgânicos não-funcionantes. A diálise peritoneal visa os mesmos objetivos, mas a filtração se faz por meio do peritônio (uma membrana semipermeável existente no abdome, rica em vasos sanguíneos). Geralmente esses procedimentos só são indicados em insuficiências renais avançadas, que já não podem ser controladas por outros meios. O trabalho justifica-se devido à importância do tratamento de hemodiálise, conforme sua qualidade e bem estar do paciente e do profissional de enfermagem.

Conforme a portaria da Resolução da Diretoria Colegiada nº 154 de 2004, no subitem 6.3 determina um enfermeiro para cada 35 pacientes em tratamento de hemodiálise, garantindo o paciente segurança e qualidade durante a assistência prestada ao mesmo. Os grupos de risco para o desenvolvimento de doenças renais crônicas, podendo levar o portador a ter indicação de iniciar uma terapia renal substitutiva que pode ser a hemodiálise, a diálise peritoneal ou transplante renal são: hipertensão arterial, diabetes, histórico familiar, enfermidades sistêmicas, infecções urinárias de repetição, mulheres grávidas, entre outros.

O contexto deste trabalho veio apresentar a importância do tratamento de hemodiálise para pacientes portadores de doenças crônicas dos rins, juntamente com os cuidados e apoio dos profissionais de enfermagem, auxiliares e técnicos. Para que um atendimento prestado seja de qualidade, é necessário que o profissional esteja capacitado e disposto a prestar o atendimento ao paciente, livre de qualquer empecilho que possa vir prejudicar a assistência, tornando assim os cuidados ao paciente portador da DRC positivo, com resultados de qualidade. Para que haja um bom atendimento ao paciente, todo profissional necessita de bons materiais de trabalho, um local de trabalho tranquilo e adequado para tal atendimento, que seja valorizado tanto pelo paciente como pelo empregador. O objetivo do trabalho é o de demonstrar o papel do enfermeiro na hemodiálise.

2 Materiais e Métodos

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, pois conforme GIL (1994), este tipo de estudo tem como objetivo tornar a questão em estudo mais familiar. Sua ênfase está centrada no aprimoramento de ideias ou descoberta de intuições. Na maioria dos casos esta modalidade de pesquisa envolve: pesquisa bibliográfica entrevista com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão do problema.

Serão apresentados e analisados os dados colhidos através do método de técnica de sensibilidade à criatividade realizada no período de junho à julho de 2013 na Clínica Clinefron de Santo Antonio de Padua-RJ. Tendo como população os enfermeiros diurnos, noturnos e diaristas desta Clínica que atuam no setor de tratamento de hemodiálise e diálise. Os enfermeiros que ali atuam, são os responsáveis pelo bom atendimento tanto deste ambulatório quanto no setor de emergência, onde atuam prestando toda assistência necessária ao paciente renal.

3 Resultados

Para os enfermeiros o perfil deve ser: profissional comprometido com a saúde do ser humano; respeitar a vida; tenha dignidade; sem discriminação de qualquer natureza; exercer suas atividades com justiça; competência, responsabilidade e honestidade. Deve exercer a profissão

com autonomia e liderança. Estes profissionais devem ser criativos, possuir o saber científico e agilidades nas execuções de técnicas. O enfermeiro deve possuir o poder de liderar para alcançar os objetivos desafiadores que uma emergência proporciona.

Podemos observar que as características expostas durante o desenvolvimento desta técnica deixa esclarecido a análise do perfil do enfermeiro desejado e ideal ao perfil do setor de tratamento de hemodiálise e diálise dessa instituição hospitalar. Gravura criada pelos enfermeiros do Setor de Tratamento de Hemodiálise e Diálise da Clínica, a partir de recortes de revistas e jornais para analisar o perfil ideal do enfermeiro dentro do setor acima mencionado.

Quando nos referimos ao setor de tratamento de Hemodiálise e Diálise, que é um centro de tratamento ambulatorial e de internação de paciente graves ou não, independente do sexo, idade e donde provenham, seja do centro cirúrgico, das unidades de internação, do próprio hospital ou de outras unidades hospitalares.

Todos devem possuir requisitos de áreas, dependências e instalações as mais adequadas à natureza essencial das suas finalidades. Facilidades para supervisão direta dos acolhidos nesses setores.

Segundo os enfermeiros desta instituição vale mencionar a natureza do trabalho a ser desenvolvido: —o enfermeiro deve ser dinâmico, ágil, atento, a par da competência afinada às responsáveis atribuições que cabem a cada um dos membros da equipe em serviço.

De acordo com os enfermeiros, para atuar neste setor eles devem ser: —habilitados e previamente selecionados. No segundo momento devem ser treinados em tempo satisfatório para a obtenção das habilidades necessárias à prestação de uma assistência adequada. Este enfermeiro deve possuir atributos pessoais de temperamento e de ordem psicológica adequada aos tipos de atividade a empreender. Controle emocional, rapidez nas tomadas de decisões e de responsabilidades pessoais e diretas, Além de tudo nunca deve se esquecer de que seu cliente é uma pessoa que merece atenção e carinho, de um ombro amigo em que possa confiar.

Através da pesquisa feita na Clínica, os auxiliares de técnicos de enfermagem demonstraram o perfil adequado do enfermeiro. Foi apresentada na técnica de sensibilidade à criatividade.

Segundo a análise feita a partir da técnica de sensibilidade à criatividade podemos notar que as características são sempre adequadas ao tipo ideal de profissional para melhor atuar dentro da clínica em questão, porém, as mesmas características não são observadas na íntegra.

Seria muito fácil citar como queremos uma equipe de enfermagem para atuar dentro de um setor de nefrologia, mas não é fácil, pois não estamos falando de objeto como carro, como exemplos têm a marca, o tipo de motor, cor, etc. Segundo WANDERLEY (1999, p.10), a necessidade de realização, seja no campo profissional, afetivo, familiar ou social, é fundamental para qualquer ser humano. E vem se tornando cada vez mais difícil, sobretudo nestes tempos turbulentos de ambiguidades, incertezas e inseguranças, em que os níveis de estresse são alarmantes, comprometendo a saúde física e emocional das pessoas, bem como os relacionamentos entre elas e as possibilidades de se obter resultados expressivos.

Estas pessoas possuem conhecimentos e aptidões que muitas vezes interferem em suas atividades. Saber escolher uma pessoa e destiná-la ao cargo é uma tarefa muito difícil.

No mundo complexo e competitivo de hoje, a escolha das pessoas certas se tornam vital para o funcionamento da empresa hospitalar. Pessoas bem selecionadas e bem posicionadas não somente contribuem para o adequado funcionamento, como também constituem um potencial significado para assumir determinadas funções. Assim, construir e manter uma efetiva organização humana vem a ser uma das mais importantes funções. O desempenho eficaz de um enfermeiro nefrologista depende da descoberta e atração de indivíduos que tenham a capacidade e a motivação para um desempenho eficaz. Em outros termos, boa parte do êxito dos administradores depende diretamente da eficácia de sua equipe como um todo e de cada pessoa que a constitui em particular.

Durante o desenvolvimento desta pesquisa foi possível percebermos bem claramente as características do perfil ideal para o enfermeiro que deveria estar presente, ao contrário dos atuais que poderemos observar mais abaixo. Novamente questionamos sobre o perfil, só que agora o real que temos dentro do setor de tratamento de hemodiálise e diálise. Pela técnica de sensibilidade à criatividade tivemos os seguintes resultados.

4 Discussão

O Partimos da concepção de LIBERALINO (1996), que a enfermagem é uma pratica social e histórica integrante do processo coletivo de trabalho em saúde, que por sua vez é originário da divisão técnica do trabalho médico, e, portanto submetido à lógica da divisão técnica e social do processo de trabalho em saúde marcadamente após a incorporação da industrialização na economia capitalista, onde as atividades foram fragmentadas e subdivididas com objetivo de se produzir mais, em menos tempo.

Essa pratica fragmentada com vistas à divisão técnica do trabalho em saúde, de origem taylorista, está presente na organização do trabalho em saúde, especialmente da enfermagem que, segundo NOGUEIRA (1999, p. 122), mantém ainda essa rigidez de separação entre planejamento do cuidado, adstrito aos enfermeiros de nível superior, e a execução entregue a um exército de atendentes e de auxiliares de baixa qualificação. Podem-se perguntar quantos desses trabalhadores sabem exatamente o que estão fazendo e o alcance das medidas que aplicam.

Essa pratica fragmentada com vistas à divisão técnica do trabalho em saúde, de origem taylorista, está presente na organização do trabalho em saúde, especialmente da enfermagem que, segundo NOGUEIRA (1999, p. 122): Essa pratica é sustentada ainda, pelo modelo pedagógico flexneriano ainda hegemônico na formação dos profissionais de saúde, —até em países que introduziram mudanças significativas na organização dos serviços de saúde (PAIM, 1994, p.52). A assistência de enfermagem planeja conforme a necessidade de cada usuário ou da coletividade envolve diferentes atividades e de vários graus de responsabilidade, o que faz com que essa assistência seja prestada por uma equipe composta por trabalhadores de diversos níveis: o enfermeiro, de nível superior, e os técnicos e auxiliares de enfermagem, de nível médio.

De acordo com a legislação de ensino em vigor, o profissional de nível superior de enfermagem é aquele com 3º grau completo, que possui habilitação 16 profissionalizante em enfermagem. Esses profissionais são reconhecidos pelos Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), que são os órgãos fiscalizadores de suas categorias profissionais (PORTAL COFEN/COREN). Dentro deste contexto se fazem presentes vários problemas como: a falta de valorização profissional, a má remuneração, jornadas de trabalho exaustivo, levando muitas vezes os profissionais a realizarem suas atividades de maneira mecânica e repetitiva.

Torna-se então necessária e urgente uma política de recursos humanos que resolva parte dos referidos problemas na perspectiva de contribuir para uma melhor eficiência, eficácia e qualidade da assistência. De acordo com CHIANCA (1994, p. 53), considerando que o novo modelo assistencial necessita de um profissional critico, com competência técnica. Porem além desta competência técnica, tal profissional deve levar em conta a dimensão política do trabalho no setor de saúde e as dimensões sociais das pessoas que assiste. Lembrando ainda que 60% da força de trabalho de enfermagem empregada não possui tempo disponível para qualificação profissional específica e da contradição existente entre essa realidade e o que preconiza a Reforma sanitária, é necessário que se garanta à população o atendimento integral à saúde, realizado por profissionais, legalmente habilitado e qualificado. Para SOUZA (1997, p.94), basicamente se constrói no ideário da universalidade, equidade e integralização de ações e que, necessariamente pressupõe assistência à saúde de qualidade. O que implica a formação adequada de todos os trabalhadores do setor saúde para que possam alcançar os objetivos da Reforma. A

formação do profissional de enfermagem, dessa forma, apresenta alguns problemas vinculados ao processo educativo no que se refere à qualificação e requalificação que deverão ser discutidos e adequados a esta realidade. Segundo LIMA (1994, p. 275), —várias modificações no panorama da saúde estão levando à necessidade de redirecionar o enfoque da formação de recursos humanos, entre eles a Reforma Sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). A busca de qualidade nos serviços de saúde está diretamente relacionada com a qualificação da força de trabalho, assim como as próprias condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores que prestam esse serviço. Desta maneira é de fundamental importância investir em qualificação desse profissional de enfermagem, como uma das formas de melhorar o nível de assistência oferecido pelos mesmos.

O cliente quando chega à unidade de saúde, além de vir com um problema de saúde, traz consigo outros problemas de ordem social, econômica, emocional etc., além da própria ansiedade. A assistência de enfermagem deve ser prestada ao cliente de forma geral, respeitando as suas particularidades, e devem exigir do profissional que a coloca em prática, conhecimentos específicos, treino destreza e habilidades pessoais (SOUZA, 1997).

Diante do exposto, e do que rege os princípios do Sistema Único de Saúde, nos quais reza por um redirecionamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição Brasileira, através da universalidade, equidade e integralidade, pressupõe-se que para garantir os direitos de cidadania no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde pela população, é imprescindível a resolutividade e a qualidade dos serviços oferecidos, para o qual é fundamental uma política de recursos humanos que privilegie a capacitação e adequados instrumentos de gestão.

Além disso, é importante salientar que quando falamos em melhoria da qualidade da assistência à saúde, não estamos falando somente em competência técnica, mas em assistência humanizada onde esteja presente a concepção do homem como um ser biopsicossocial, inserido num contexto histórico e social e que tem vontade e opinião própria, e acima de tudo que merece ser tratado como ser humano e como cidadão com um atendimento de qualidade, integral e humanizado.

Para isso, os profissionais de nível médio são elos de ligação entre os profissionais de saúde-usuário, visto que estabelecem uma relação mais horizontal e estreita com os mesmos, citado claramente por AGUIAR; ALMEIDA apud AGUIAR (1996): Ao imaginarmos uma transformação qualitativa da relação profissional de saúde-usuário, achamos importante resgatar o que ambos têm de próximo e comum, o que de humano lhes une, a partir de sua inserção social.

Entendemos que os profissionais de saúde de nível médio são atores estratégicos na construção de um sistema de saúde menos cientificista e autoritário, que exclui o sujeito de seu próprio processo de existência. Outra questão importante, é que para trabalharmos a descrição do perfil do profissional de enfermagem (enfermeiro), torna-se necessário que sejam esclarecidos alguns conceitos básicos, visto que se trata de um assunto bastante subjetivo e passível de conclusões equivocadas. Para tanto utilizamos conceituação de diferentes autores os quais consideramos mais adequados a esta pesquisa.

Diante do exposto, e do que rege os princípios do Sistema Único de Saúde, nos quais reza por um redirecionamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição Brasileira, através da universalidade, equidade e integralidade, pressupõe-se que para garantir os direitos de cidadania no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde pela população, é imprescindível a resolutividade e a qualidade dos serviços oferecidos, para o qual é fundamental uma política de recursos humanos que privilegie a capacitação e adequados instrumentos de gestão.

Para MARRA et al. (1988), a qualidade estabelece os padrões de qualquer organização e na saúde, é de fundamental importância, pois o produto final é o ser humano. O atendimento qualificado na enfermagem tem por objetivos principais a existência de pessoas com conhecimentos específicos e habilidades aprimoradas, de saudável ambiente de trabalho e,

essencialmente de clientes e profissionais satisfeitos. O papel do profissional de Enfermagem, MATOS (1999, p. 123) infere que, cabe realizar todas as atividades de sua competência: planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem, bem como, entre outras atividades, a prestação de cuidados a clientes graves.

Destacamos relevante citar que a supervisão dos profissionais auxiliares (executar serviços auxiliares) e técnicos (de acordo com o seu nível de formação, desempenhando uma série de atividades de enfermagem consideradas de menor complexidade como: higiene e conforto, preparo de pacientes para exames, administrar medicamentos, realizar curativos, alimentar o paciente) são de extrema importância.

5 Conclusão

Ao final deste estudo foi possível contatar, a partir das observações e pesquisas a imagem do perfil que os enfermeiros na assistência ao paciente em tratamento de hemodiálise e diálise devem possuir para melhor atender às necessidades do mercado que cada vez mais se torna exigente e competitivo. Durante o desenvolver deste trabalho podemos observar que muitos enfermeiros se limitaram na resposta sobre o perfil seus perfis ideais. Preferiam falar dos trajés ideais para o trabalho, comportamento, entre outros, ao demonstrar seu real valor que na maioria dos profissionais fica escondida em uma —cortina de tristeza e ressentimentos|. Os depoimentos que presenciamos evidenciaram que dentro de cada um existe uma parte ideal que não está sendo expressada no dia a dia, pois falta interesse receptividade e companheirismo. Interesse este não só pelo trabalho, mas também para com os colegas e pacientes. Eles também fecham todas as

—portas| para a atualização, que nos dias atuais é a palavra chave para enfrentar a crise dos baixos salários e o desemprego. As maiores dificuldades apontadas referem-se a aspectos infraestruturais, contudo foi reconhecida a inexistência de programas de educação continuada comprometendo a qualidade do serviço prestado.

Observam-se também alguns problemas relacionados à requalificação desses profissionais, pela inadequada política de recursos humanos e a necessidade de implantação de um programa de educação continuada, com o objetivo de atualizar o conhecimento técnico-científico e valorizar o indivíduo como profissional e cidadão.

De acordo com SOUZA (1997, p.95) —...a área de recursos humanos evidencia uma contradição: em termos de discurso é extremamente valorizada, mas na prática é pouco dignificada e tratada sem prioridade política. A falta de especificidade do papel do setor saúde com relação à formação de recursos humanos proposta na Constituição Brasileira, torna esse processo ainda mais limitado e de resultados pouco significativos.

6 Referências

AGUIAR, Adriana Cavalcanti. **Contribuições do profissional de nível médio na equipe de saúde: influência do processo educativo na reorganização do modelo assistencial.** In: AMÂNCIO FILHO, Antenor, MOREIRA, M. Cecília G. Barbosa (coord.) Formação de pessoal de nível para a saúde: desafios e perspectivas. Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 155-162.

COFEN. **Conselho federal de Enfermagem.** Disponível em: < <http://novo.portalcofen.gov.br/o-cofen>>. Acesso em 20 out. 2013.

CHIANCA, Tânia Couto Machado. **O sistema único de saúde: a proposta de viabilização e a inserção da enfermagem.** Saúde em Debate, n. 44, p. 48-53, set. 1994.

DRAUZIO Varella. **Tudo sobre Hemodiálise e Diálise**. Disponível em: . Acessado em 03 novembro 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

LIBERALINO, Francisca Nazaré. **O processo de trabalho em enfermagem**. Natal: UFRN, 1996. Texto elaborado para subsidiar as discussões na 8ª Semana Brasileira de Enfermagem em Natal – RN, maio, 1996. Lima O. G. Hemodiálise. Portal da Enfermagem [internet]. 2012 abril [acesso em dia/mês/ano]. Disponível em: http://www.portaldafenfermagem.com.br/entrevistas_read.asp?id=81

LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Ensino de enfermagem: retrospectiva, situação atual e perspectivas**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 47, n. 3, p. 275, jul./set. 1994. 26

MARRA, Celina C.; FERNANDES, Neusa S.; CARMAGNANI, M^a. Isabel Sampaio. **A qualidade da assistência de enfermagem e a motivação no trabalho**. Enfoque. São Paulo, v. 16, n. 4, p. 88-89, dez. 1988.

MATOS, Eliane. **Organização e qualidade da assistência de enfermagem**. In: HERR, Lidvina; SOUZA, M^a. de Lourdes; REIBNITZ, Kênia Schmidt. Fundamentando o exercício profissional de enfermagem. Florianópolis: UFSC/ CCS/NFR/SPB, 1999, p. 121-135.

MELO, Mildred N. B. de; FORMIGA, Jacinta M. M. **Educação continuada e permanente na saúde e na enfermagem**. Natal, 1998.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Trabalho e qualidade em serviços de saúde**. In: SANTANA, José P. de; CASTRO, Janete L. de (Org). Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos. Natal: EDUFRN, 1999. p.109-123.

PAIM, Jairnilson Silva. **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/ USP, 1994. p.52-63.

ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada**. Disponível em:< <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%20154-2004.pdf>>. Acesso em 10 nov. 2013.

SOUZA, Alina M^a. de Almeida. **Profissionalização de trabalhadores de saúde: problemas e desafios**. In: AMÂNCIO FILHO, Antenor; MOREIRA, M. Cecília G. B. (org). Saúde, Trabalho e Formação Profissional. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 93-97.

WANDERLEY, José Augusto. **Poder pessoal: a chave para o sucesso**. Revista tendências do trabalho. n. 297, p. 10-12, maio, 1999.

K/DOQI. **Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification**. Am J Kidney Dis 2002; 39:(Suppl 2):S1-S246.

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Guilherme Berriel Pereira PIRES¹, Mislene Silva CANDIDO¹, Ana Maria Ferreira SOARES², Gisele Simas SANTOS^{2*}, Edineth Vargas R. HOFFMANN² & Arandir de Souza CARVALHO²

¹ Discentes da Universidade Iguazu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

² Docentes da Universidade Iguazu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

* simasenfermeira@yahoo.com.br

RESUMO

A pesquisa objetivou analisar o processo de humanização em UTI, bem como as peculiaridades de atendimento da enfermagem diante desse processo. Foi desenvolvida por meio de pesquisa bibliográfica e da análise emergiram aspectos referentes a elementos e características que definem a humanização, assim como questões que facilitam e dificultam a presença desse processo nas UTI. Com a leitura do material realizou-se uma análise dos dados com a apresentação dos resultados encontrados em relação a importância da humanização para os pacientes, os enfermeiros e o fato de que, muitas vezes, as tecnologias têm sido levadas muito mais em conta do que o verdadeiro cuidar. A humanização foi vista nesse contexto como um modo de resgatar a dignidade humana; no entanto, a humanização só se tornará realidade se for compreendida sua real importância e os profissionais de enfermagem começarem a se sentir realmente protagonistas desse processo. Concluiu-se que o respeito e a valorização do ser humano se constituem elementos fundamentais para a humanização e que o profissional de enfermagem precisa fazer a diferença nesse processo, com vistas a melhorar as práticas de cuidado, práticas estas que devem ser baseadas na ética, no diálogo e na autonomia do paciente, de seus familiares e na própria equipe de enfermagem

Palavras-chave: Humanização; UTI; Enfermagem; Assistência

ABSTRACT

The research aimed to analyze the process of humanization in intensive care as well as nursing care peculiarities on this process. Was developed through bibliographic research and analysis emerged Issues relating to elements and characteristics that define humanization, as well as issues that facilitate and hinder the presence of this process in the intensive care. With the reading of the material was carried out an analysis of data with the presentation of findings regarding the importance of humanization for patients, nurses and the fact that, often, the technologies have been taken more into account than the true caring. Humanization was seen in this context as a way to rescue human dignity; however, humanization will only become reality if understood its real importance and nursing professionals begin to feel really protagonists of this process. It was concluded that the respect and appreciation of the human being are fundamental to the humanization and nursing professionals need to make a difference in this process, in order to improve care practices, practices these should be based on ethics, the dialogue and the autonomy of patients, their families and their own nursing staff

Keywords: Humanization; Intensive Care; Nursing; Assistance

1 Introdução

Ao falar em humanização na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), é preciso pensar no cuidar do paciente como um todo, sem deixar de levar em conta seu contexto familiar e social. A prática de humanização precisa incorporar valores, esperanças, aspectos culturais e preocupações do paciente. A humanização é um conjunto de medidas tomadas, tanto quanto ao ambiente físico, quanto aos cuidados ao paciente e seus familiares; essas intervenções precisam se tornar efetivas na assistência ao indivíduo criticamente doente, levando em conta seu aspecto biopsicossocial e também espiritual (VILA; ROSSI, 2012).

Humanização, de acordo com Malik (2000) é o ato ou efeito de humanizar, não uma técnica, uma arte e muito menos um artifício. A humanização precisa ser vista como um processo vivencial que se encontre entremeada a todas as atividades que sejam desenvolvidas no local pelas pessoas que nele trabalham, de modo que o paciente receba o tratamento que merece como pessoa humana, levando em conta suas peculiaridades e necessidades no momento de sua internação.

Sendo assim, a humanização não pode ser vista apenas como uma questão de mudanças no espaço físico, mas principalmente como uma mudança de comportamento e atitudes dos profissionais diante do paciente e de seus familiares. Há que se dizer que o enfermeiro que irá atuar na Unidade de Terapia Intensiva, que é um ambiente em que a carência dos pacientes é ainda maior devido à gravidade do problema, deve ter uma melhor preparação e um melhor entendimento do que seja a humanização nesse setor das unidades de saúde (PINTO, 2008).

As prerrogativas apresentadas se mostram importantes, pois a UTI é um local que funciona vinte e quatro horas por dia, durante o ano inteiro e tem como objetivo um atendimento contínuo a pacientes críticos do ponto de vista clínico. Ao falar sobre as UTIs, Vila e Rossi (2012) comentam que estas surgiram frente às necessidades de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para atendimento a pacientes graves, em estado crítico, que ainda são vistos como recuperáveis, e, ainda, frente à necessidade de observação constante, assistência médica e de enfermagem contínua, centralizando esses pacientes críticos em um núcleo especializado para seu atendimento.

Nas UTIs, a humanização só se fará efetiva se levar em conta três diferentes aspectos: o modo de ser cuidado o paciente e seus familiares; a atenção ao profissional da equipe; e o ambiente físico (MALIK, 2000).

Diante das prerrogativas apresentadas, o presente estudo se justifica nas colocações de Salício e Gavia (2006), para os quais é necessário analisar as mudanças no atendimento a pacientes que se encontram em estado grave. Mudanças estas que, segundo os autores, devem começar com gestos simples que podem contribuir no tratamento desses pacientes. Acredita-se que desse modo há modificar a imagem negativa que existe sobre as UTI. A mudança de imagem das Unidades de Terapia Intensiva pode contribuir para o trabalho a ser desenvolvido pela equipe que nelas trabalham e para o tratamento dos pacientes que necessitam da unidade para se restabelecer fisicamente.

O objetivo geral é analisar o processo de humanização em UTI, bem como as peculiaridades de atendimento da enfermagem diante desse processo. Para alcançá-lo, surgem alguns objetivos específicos como: verificar a historicidade da humanização em UTI; demonstrar a importância de um atendimento humanizado aos pacientes em estado grave que se encontram em tratamento nas Unidades de Terapia Intensiva; destacar a importância do enfermeiro no atendimento a esses pacientes.

2 Materiais e Métodos

Quanto aos objetivos do estudo, optou-se por uma pesquisa do tipo exploratória, com pesquisa bibliográfica em que se buscou recuperar o conhecimento científico acumulado sobre o problema deste estudo (MARCONI; LAKATOS, 1991). Quanto à abordagem metodológica, optou-se pela pesquisa qualitativa, pois este tipo de pesquisa é feito de modo descritivo, com informações obtidas, mas não quantificáveis. Os dados coletados através das bibliografias foram analisados, seus fenômenos interpretados e foram atribuídos significados básicos ao processo de pesquisa qualitativa (RODRIGUES, 2007). Os artigos pesquisados tinham que possuir como temática a Humanização, a Equipe de Enfermagem e a Unidade de Terapia Intensiva. Os sites pesquisados foram o Pub Med, o Google Acadêmico e o Scielo.

3 Unidade De Terapia Intensiva – UTI

3.1 Origem das Unidades de Terapia Intensiva

As UTI são partes do hospital onde se encontram pacientes com risco de morte iminente que necessitam de vigilância constante do seu estado de saúde. De acordo com Arruda e Moraes (1995, p. 34) —[...] os CTI assistem pacientes de diversas patologias de forma generalistas, ao passo que as UTI tratam o paciente de forma específica a uma determinada patologia.

Segundo os autores:

[...] —a UTI é a unidade hospitalar para atender doentes graves e recuperáveis, com assistência médica e de enfermagem integrais, contínuas, especializadas e empregando equipamentos diferenciados. É ainda dotada de pessoal altamente treinado, de métodos, recursos técnicos, área física e aparelhagem específica, capazes de manter a fisiologia vital bem como a sobrevivência do paciente os pacientes encaminhados para internação em UTI são aqueles de pós-operatório de natureza de grande porte incluindo as de natureza neurológica e cardíaca (ARRUDA; MORAIS, 1995, p. 34).

UTI é a Unidade de Terapia Intensiva existente nos hospitais destinada ao acolhimento de pacientes em estado grave com chances de sobrevivência, que requerem monitoramento constante e cuidados muito mais complexos que o de outros pacientes.

Nascendo da necessidade de oferecer suporte avançado de vida a pacientes agudamente doentes onde se destina a internação de pacientes com instabilidade clínica e com potencial de gravidade. É um ambiente de alta complexidade, reservado e único no ambiente hospitalar, já que se propõe estabelecer monitorização completa e vigilância 24 horas.

Os cuidados intensivos evoluíram a partir de um reconhecimento histórico que as necessidades dos pacientes com doença aguda, com risco de vida ou lesão poderiam ser mais bem tratadas se fossem agrupados em áreas específicas do hospital. Os enfermeiros têm reconhecido por muito tempo que os pacientes muito doentes recebem mais atenção se eles estão localizados perto do posto de enfermagem (MALTA; NISHIDE, 2012).

Malta e Nishide (2012, p. 23), ao se reportarem da história esclarecem que:

—Peter Safar estabeleceu na cidade de Baltimore a primeira UTI cirúrgica e em 1962, na Universidade de Pittsburgh, criou a primeira disciplina de —medicina de apoio crítico nos Estados Unidos. Iniciou os primeiros estudos com indução da hipotermia em pacientes críticos. Como últimas contribuições elaboraram os projetos das ambulâncias — UTI de transporte fundou a Associação Mundial de Medicina de Emergência e foi cofundador da SCCM (Society of Critical Care Medicine), o qual foi presidente em 1972.

As colocações feitas sobre históricos que contribuíram para que as UTIs chegassem ao estágio em que se encontram hoje se mostram importante, pois levam a entender a contribuição de cada um desses personagens em sua criação. Após a retrospectiva histórica sobre a criação da UTI, vale voltar a realidade atual em que fazer uma abordagem das UTIs, é um pouco mais complexo do que em outrora, pois na atualidade é preciso um conceito mais amplo desse atendimento emergencial.

Apesar da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ser uma unidade com preparos específicos para o atendimento de pacientes em estado grave e de contar com assistência médica e de enfermagem específicos e contínuos e de ser equipada com equipamentos diferenciados, esta, muitas vezes, expõe o paciente a um ambiente hostil, em que este fica em exposição intensa a estímulos dolorosos, bem como procedimentos clínicos invasivos (SALICIO; GAIVA, 2006).

Essas prerrogativas se mostram importantes, pois a implantação das UTI no Brasil, data do início de 1970 e na atualidade estas têm sido uma realidade bem presente nas unidades hospitalares (MALTA; NISHIDE, 2012). Mas nem sempre foi assim. Há não muito tempo atrás, ter uma pessoa conhecida internada em uma UTI era visto como sinal de poucas esperanças de vida. Mas essa concepção mudou! (SANTOS, 2003).

No dizer Arruda e Morrais (1995, p. 34), —[...] antes, na maioria dos hospitais, a UTI era um lugar em que o paciente entrava para morrer. Independente da doença de cada um, todos permaneciam juntos, em um ambiente sem divisórias e sem ter contato com a família. Em contrapartida, na contemporaneidade, os pacientes ao serem internados em uma UTI têm a consciência de que este é um ambiente com modernos recursos de recuperação.

3.2 Organização da UTI

A organização de uma Unidade de Terapia intensiva é de suma importância para o desenvolvimento de um bom trabalho. Afinal, com toda evolução pela qual as UTIs passaram é relevante analisar a área física desse espaço, pois infelizmente a estrutura física e organizacional de grande parte das UTI ainda tem dado prioridade à convivência dos profissionais de saúde e tem deixado de lado as prioridades dos pacientes. De acordo com Silva, Araújo e Puggina (2012, p. 28) —Poucas são as UTIs que dispõem de boxes individualizados, locais reservados para a comunicação com os familiares e políticas de flexibilização do acesso ou mesmo de acesso livre aos familiares de pacientes.

Wendel et al. (1995, apud CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2003, p. 14) disciplinam que:

—Projetar uma UTI ou modificar uma unidade existente exige conhecimento das normas dos agentes reguladores e a experiência dos profissionais de terapia intensiva que estão familiarizados com as necessidades específicas dos pacientes. Revisões periódicas devem ser consideradas à medida que a prática de terapia intensiva evoluiu.

Piergeorge, Ceserano e Casanova (1983, apud CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2003, p. 14), complementam a colocação acima quando dizem que —O projeto deve ser abordado por um grupo multidisciplinar composto de diretor médico, enfermeiro chefe da UTI, arquiteto principal, administrador hospitalar e engenheiros.

A equipe multidisciplinar precisa, segundo Arruda e Morrais (1995, p. 36):

[...] —avaliar a demanda esperada da UTI, baseada na avaliação dos pontos de origem de seus pacientes, nos critérios de admissão e alta e na taxa esperada de ocupação. São necessárias análises dos recursos médicos, pessoal de suporte (enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista psicólogo e assistente social) e da disponibilidade dos serviços de apoio (laboratório, radiologia, e farmácia).

Tanto o planejamento quanto o projeto de uma UTI precisam ter como base os padrões de admissão. O planejamento e o projeto deve ser baseado:

- Nos padrões de admissão de pacientes.
- No fluxo de visitantes e funcionários no local.
- Nas instalações de apoio (posto de enfermagem, armazenamento, parte burocrática, exigências administrativas e educacionais) e de serviços que se mostram essenciais à instituição.

A quantidade de leitos a ser colocada em uma UTI, precisa ser segura e adequada para atender a todos os pacientes gravemente doentes de um hospital; sem deixar de levar em conta que deve haver um grau do compromisso de cuidados intensivos pela administração do hospital, pelos médicos e enfermeiros, e dos recursos institucionais (ARRUDA; MORAIS, 1995, p. 34).

3.3 Profissionais de Enfermagem na UTI

A Unidade de Terapia Intensiva, não pode ser vista apenas como um local com equipamentos e com um espaço físico especial. Esta não pode ser vista apenas como um local onde impera a tecnologia, mas principalmente, como um local onde o paciente internado corre risco de morte.

Nesse sentido a Unidade de Terapia Intensiva é considerada uma unidade complexa, onde os profissionais que nela atuam não podem apenas direcionar o seu assistir para o biológico ou até mesmo para uma dimensão mecanicista, onde a destreza para lidar com equipamentos esteja em primeiro lugar. É preciso que a dimensão humana seja uma das prioridades.

Por isso, nas Unidades de Terapia Intensiva, o profissional de enfermagem precisa resgatar o ser humano e refletir sobre quem é o paciente por ele atendido e suas especificidades, para que somente assim possa dar-lhe um cuidado que transcenda o corpo físico, biológico e factível (SALOMÉ, et al., 2008).

Sendo os pacientes de uma UTI, indivíduos hemodinamicamente instáveis, e levando em conta que a internação nessa unidade deixa os pacientes ansiosos e com as emoções e sentimentos abalados, por estarem passando por um momento difícil em um ambiente estranho e com pessoas estranhas a seu convívio, o profissional de enfermagem precisa ter uma postura que venha de encontro a essas particularidades do paciente. Mesmo que dispendam de uma tecnologia de ponta, o que já facilita o tratamento, o profissional de enfermagem não pode deixar de atentar para esses detalhes.

O novo paradigma que tem se revelado tem tornado os enfermeiros técnicos altamente especializados e capacitados para dominar equipamentos, mas profissionais pouco afetivos, como problemas de relacionamento em equipe e com dificuldade no atendimento às necessidades básicas e humanas dos pacientes sob seus cuidados. Isso se mostra preocupante, pois segundo Silva, Araújo e Puggina (2012, p. 05) —No contexto da terapia intensiva, a tecnologia e a humanização devem ser indissociáveis e complementares em prol da integralidade da assistencial.

A busca por um trabalho humanizado é sem dúvida um grande desafio a ser gerenciado pelos enfermeiros dos dias de hoje.

3.4 Humanização

A assistência de enfermagem precisa ser humanizada e de qualidade, mas para isso é necessário uma relação interpessoal profissional/cliente, em que a comunicação verbal, não-verbal e o toque sejam utilizados como instrumento do cuidar (CARDOSO, 2001). Quando o enfermeiro se utiliza desses instrumentos, ameniza a ansiedade e o medo do desconhecido que estes enfermos normalmente enfrentam. Mas para que isso se torne viável —[...] é

haja um processo de interação entre quem cuida e quem é cuidado; é necessário que haja troca de informações e de sentimentos entre essas pessoas (SALOMÉ, 2008, p. 295).

Um dos princípios basilares da humanização é perceber o outro, pois o ato de perceber o outro exige uma atitude profundamente humana (BACKERS; LUNARDI; LUNARD FILHO, 2006).

A humanização nos sistemas de saúde requer um esforço no sentido de rever atitudes e comportamentos de profissionais que estejam, direta ou indiretamente, envolvidos no cuidar do paciente. Esta premissa encontra-se bem enraizada no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – CEPE (BRASIL, 1998). O documento deixa claros os valores da profissão de enfermagem em seu artigo 3º, no qual norteia a profissão para o respeito à vida, à dignidade e aos direitos da pessoa humana, sem nenhum tipo de discriminação. —Mais do que se limitar a um conjunto de normas, o CEPE estabelece a responsabilização pela promoção do ser humano nas múltiplas dimensões (BACKERS; LUNARDI; LUNARD FILHO, 2006, p. 02).

De acordo com Pupulim e Sawada (2002) quando se levam em conta os valores éticos da profissão e se entende a necessidade de um toque de humanização, a tendência é que haja uma valorização do profissional, tanto pela sociedade, por outros profissionais quanto pelos pacientes. Há uma valorização e um reconhecimento do profissional como elemento essencial e necessário no cuidar do outro

O descontentamento com esse cenário que coisifica e desvaloriza o ser humano, por focar o aspecto técnico do cuidado, tem levado os enfermeiros a repensar sua prática e resgatar os valores humanísticos que embasam a profissão. Nas UTIs, observam-se movimentos de humanização, na tentativa de aliar a competência técnico-científica ao humanismo, que prega a compaixão e o respeito à dignidade humana.

Humanizar a assistência nas UTIs é integrar, ao conhecimento técnico-científico, a responsabilidade, a sensibilidade, a ética e a solidariedade no cuidado ao paciente e seus familiares e na interação com a equipe. Pressupõe aliviar a dor e o sofrimento do outro; compaixão, ou seja, empatia traduzida em ação solidária concreta; respeito à dignidade e autonomia do outro; compreensão do significado da vida, em seus aspectos éticos, culturais, econômicos, sociais e educacionais; e valorização da dimensão humana do paciente em detrimento de sua patologia.

4 Discussão

4.1 Importância da Humanização para os pacientes em UTI

As literaturas analisadas nesse contexto permitiram inferir que na contemporaneidade o cotidiano hospitalar tem apresentado um grande avanço tecnológico em diagnósticos e terapias. Inquestionável dizer que esses avanços contribuem para a melhoria da assistência, principalmente para unidades críticas como é o caso das UTI.

No entanto, a UTI tem sido na atualidade vista como um local em que se deve prestar assistência qualificada e especializada ao paciente crítico, independente dos recursos que tenha a sua disposição. Além dos recursos tecnológicos e terapêuticos, a UTI é um ambiente composto de elementos que se agrupam com vistas a atender a pacientes graves ou de risco e que exigem assistência médica e de enfermagem contínuos, além de equipamentos e recursos humanos especializados.

De modo a que a UTI não se torne um ambiente inóspito e frio para o paciente que já se encontra em um momento tão difícil de sua vida é preciso que os profissionais de saúde reflitam sobre suas ações cotidianas e, conseqüentemente, se mostrem mais preparados para lidar, não apenas com os aspectos teóricos e técnicos de suas profissões, mas preparado também para uma assistência com perspectivas mais humanizadas.

Nesse sentido, é preciso refletir sobre até que ponto o progresso tecnológico das UTI tem se mostrado saudável e o quanto deste progresso tem promovido o crescimento e a harmonização entre as pessoas. De maneira geral, o que se tem podido observar em termos de desenvolvimento e aperfeiçoamento é que nunca se imaginou chegar a realidade em que as UTI se encontram hoje. No entanto, a tecnologia por si só não pode dar ao paciente crítico aquilo que ele realmente precisa: o cuidar humanizado. Não se trata aqui de criticar a tecnologia, apenas de entender que esta por si só não consegue dar conta se ser benéfica nem maléfica; tudo depende do modo como esta será utilizada para melhorar a qualidade de vida do paciente (CAETANO, et al., 2007).

A colocação dos autores deixa claro que manter a vida do paciente não é o bastante. É preciso que o enfermeiro esteja preparado para proporcionar uma melhor qualidade de vida enquanto estiver na UTI.

Para se resgatar a humanização nas UTI é preciso que o profissional de enfermagem esteja mais atento ao ser humano. O profissional que trabalha na UTI, é claro, precisa se utilizar dos recursos tecnológicos e terapêuticos que tem se mostrado cada vez mais modernos e avançados, mas não podem jamais deixar que as máquinas substituam a essência do ser humano.

As literaturas analisadas deixam claro que o cuidado ao paciente crítico internado em uma UTI precisa ser analisado sob o ponto de vista ontológico, epistemológico, ético; precisa ser analisado como uma metodologia de investigação, uma prática organizacional.

Reconhecer a importância do cuidar humanizado é de suma importância para os pacientes que se encontram na UTI, pois o cuidado pressupõe a oferta de uma assistência de qualidade, uma assistência confiável, segura e que leve em conta as necessidades do paciente.

As literaturas analisadas permitiram inferir que o conceito de vida proposto para um o enfermeiro que lida com um paciente em estado grave pressupõe uma luta constante para vencer o abismo entre o saber o que fazer e o fazê-lo de fato. —Humanizar na UTI é voltarmos a refletir sobre o ser humano, começando pela própria vida dos nossos parceiros, da nossa equipe e, conseqüentemente, dos nossos pacientes (CAETANO, et al., 2007, p. 329).

4.2 Importância da Humanização para os profissionais de enfermagem

Como abordado na revisão de literatura da presente pesquisa, humanizar o trabalho da enfermagem não é fácil, mas necessário. No entanto, não há como se falar em humanização nas UTI se não se pensar na humanização do profissional que trabalha nesse ambiente. O enfermeiro, por exemplo, não tem como pensar em humanizar o tratamento que dispensa ao paciente sem que antes faça uma análise de seu trabalho, sendo honesto consigo mesmo. Grande parte dessa dificuldade advém do fato de que o enfermeiro é um ser inteiro e em sua integralidade, não tem como separar o profissional do pessoal, ou seja, não tem como assumir comportamentos que atentem contra sua essência. Se assim o fosse, o profissional não estaria sendo ele mesmo, o que é inexecutável.

Diante disso, o que se percebe é que o indivíduo que tenha a intenção de abraçar a profissão de enfermagem precisa ser íntegro consigo mesmo e fazer uma análise de que se é esta a causa e a profissão que realmente deseja para si, pois o encontro do profissional com o paciente nunca é neutro e, assim sendo, o profissional de enfermagem precisa entender que sua presença junto ao paciente será tão importante quanto qualquer procedimento técnico ou tecnológico.

4.3 Trabalho humanizado em UTI

A humanização nas Unidades de Terapia Intensiva tem sido um dos temas mais abordados na literatura médica, afinal existe uma enorme preocupação por parte dos profissionais de saúde em oferecer uma assistência de qualidade a seus pacientes. Mas para isso, o foco central precisa ser —[...] o atendimento das necessidades individuais dos pacientes,

fortalecido pelo contato mais próximo com familiares, os quais, acredita-se, podem influenciar decisivamente no processo de cura e reabilitação (CAETANO, et al., 2007, p. 329).

A colocação feita pelos autores vem de encontro aos dados colocados na revisão de literatura, pois estes deixam claro que quando se pretende alcançar essa plenitude, deve-se levar em conta o calor humano, a privacidade e a individualidade, além de respeito ao pudor das pessoas. É preciso, ainda, haver uma preocupação com a preservação do conforto e bem-estar físico e mental dos pacientes e a possibilidade de proximidade destes com seus familiares. Além de possibilitar a estes o acesso às informações, o direito de ser ouvido e sentir-se participante do esquema terapêutico proposto. Estes são alguns dos elementos necessários para atenuar o ambiente inóspito das UTIs tradicionais (CAETANO, et al., 2007).

As literaturas analisadas permitiram inferir que é preciso envolver a equipe de enfermagem intensivista para descobrir o melhor meio e a melhor forma de relacionamento, permeado pela humanização, pois o trabalho dessa equipe precisa levar em conta os motivos, os valores e as atitudes ao lado dos fenômenos não quantificáveis. Será somente a partir daí, que será possível obter o significado dos acontecimentos vividos por profissionais e pacientes.

5 Considerações Finais

A humanização nas relações existentes em uma Unidade de Terapia Intensiva tem sido uma das grandes preocupações encontradas na literatura médico/científica. A preocupação com o processo de humanização tem envolvido a compreensão do significado da vida para o homem. E sendo a UTI um momento em que o indivíduo e sua família se encontram mais frágil, não há como esses dois temas, UTI e humanização, serem analisados de modo dissociado.

A análise de dados promovida nesse contexto permitiu inferir que as novas tecnologias têm sido incorporadas as UTI e esse fato faz com que os profissionais precisem estar cada vez mais qualificados para operá-las com precisão, segurança e eficácia; no entanto, é preciso que não sejam deixados de lado valores éticos, estéticos e humanísticos que devem nortear a profissão do enfermeiro.

A humanização foi definida nesse contexto como o ato de respeitar o paciente como ser humano, como um ser holístico. Verificaram-se com a análise de dados que muitos são os aspectos positivos que a humanização pode trazer não apenas para o paciente e sua família, mas também para o profissional de enfermagem.

O estudo permitiu entender que o processo de humanização pode contribuir para melhorar as práticas cuidadoras, pois enseja uma prática que esteja comprometida com a ética, com o diálogo e com a autonomia do paciente e de sua família. Mas a humanização do cuidado na UTI passa prioritariamente pelo profissional, pelo desejo deste de desenvolver um trabalho humanizado com seus pacientes; para tanto, há que se entender que o processo de humanização precisa passar pelas condições de trabalho desses profissionais, estes precisam se sentir estimulados para se aprimorar profissionalmente e incluídos nos processos de decisão da gestão, pois somente desse modo se sentirão valorizados e motivados a desenvolver um trabalho que traga benefícios não apenas para o paciente e sua família, mas também para ele próprio enquanto profissional.

6 Referências

ARRUDA, A . J. C. G.; MORRAES, M. N. C. **Instrumentos organizacionais do serviço de enfermagem em C.T.I** . João Pessoa: Almeida,1996.

BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. A humanização hospitalar como expressão da ética. In **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.14 n. 1 Ribeirão Preto Jan./Feb. 2006.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-11692006000100018&lng=en&nrm=iso> Acesso em 23 de set. 2012.

BRASIL. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Resolução Cofen n. 311/2007. Rio de Janeiro (RJ): Conselho Federal de Enfermagem, 2007.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília; 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em 22/07/2008.

CAETANO, J. A.; SOARES, E.; ANDRADE, L. M.; PONTE, R. M. Cuidado Humanizado em Terapia Intensiva: um estudo reflexivo. In Esc Anna Nery **R Enferm** 2007 jun; v.11, n. 2, p. 325 - 330. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a22.pdf>> Acesso em 23 de out. 2012.

CARDOSO, P. R. **Humanização em terapia intensiva**: um estudo compreensivo com os profissionais que assistem crianças. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2001.

COHEN C., FERRAZ, F. C. **Direitos humanos ou ética das relações**. In: Segre M, Cohen C, organizadores. Bioética. São Paulo (SP): EDUSP; 1995.

FARIA, C. **Unidade de Terapia Intensiva – UTI**. In infoescola, 17 de jun. 2009. Disponível em <<http://www.infoescola.com/medicina/unidade-de-terapia-intensiva-uti/>> Acesso em 24 de out. 2012.

FERRARI, D. **UTI História**. Disponível em <<http://www.medicinaintensiva.com.br/history.htm>> Acesso em 23 de out. 2012.

KREISEL, B. **Hospital Pilar**. Disponível em <<http://www.hospitalpilar.com.br/estrutura.php>> Acesso em 23 de out. 2012.

MALIK, A. M. RATINER, D. A humanização da gestante e partos saudáveis. **Rev. COREN-SP**, qualidade do serviço de enfermagem. São Paulo: n. 29, jul./ago. 2000.

TRANSTORNOS ALIMENTARES SOB A ÓTICA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Mayara Curty BASTOS^{1*}, Ana Maria Ferreira SOARES², Arandir de Souza CARVALHO², Tiago Pacheco Brandão RIBEIRO², Gisele Simas dos SANTOS² & Eduardo Luis Pereira da SILVA²

¹ Discentes da Universidade Iguazu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

² Docentes da Universidade Iguazu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

* simasenfermeira@yahoo.com.br

RESUMO

Este trabalho teve como enfoque a reflexão sobre transtornos alimentares sob a ótica dos cuidados de enfermagem. Tendo como objetivo geral avaliar os cuidados de enfermagem oferecidos aos clientes com transtornos alimentares, assim como seu tratamento. Já como objetivos específicos busca analisar os fatores predisponentes e os estressores desencadeantes dos transtornos alimentares, observar se há relação entre os transtornos alimentares com alguma questão psiquiátrica, avaliar o comportamento da família junto ao paciente com transtornos alimentares. Efetuou-se uma revisão de literatura em livros, artigos científicos, revistas, internet etc. A dieta e a busca por um corpo perfeito tem sido um comportamento precursor que geralmente antecede a instalação de um transtorno alimentar. Contudo, a presença isolada da dieta não é suficiente para desencadear o transtorno alimentar, tornando-se necessária uma interação entre os fatores de risco e outros eventos precipitantes. Por último, o curso transitório ou crônico de um transtorno alimentar está relacionado à persistência de distorções cognitivas, à ocorrência de eventos vitais significativos e a alterações secundárias ao estado de desnutrição. O apoio da família tem-se constituído como um importante papel para que o tratamento flua de uma forma positiva e sem maiores danos ao estado psicológico da pessoa, sendo ainda que a enfermagem é considerada uma peça importante durante todo este processo de cuidar junto ao paciente e seus familiares.

Palavras chave: enfermeiro, bulimia, anorexia, transtornos alimentares.

ABSTRACT

This work was to focus the debate on eating disorders from the perspective of nursing care. With the general objective of evaluating the nursing care offered to clients with eating disorders, as well as their treatment. Have specific objectives is to analyze the predisposing factors and triggering stressors of eating disorders, see if there is a relationship between eating disorders with some psychiatric issue, assess the family's behavior with the patients with eating disorders. We conducted a literature review in books, papers, magazines, internet etc. The diet and the search for a perfect body has been a precursor behavior that usually precedes the installation of an eating disorder. However, the isolated presence of the diet is not enough to trigger the eating disorder, tornando-se necessary interaction between the risk factors and other precipitating events. Finally, the chronic or transitory course of an eating disorder is related to the persistence of cognitive distortions, the occurrence of significant life events and minor changes to the state of malnutrition. Family support has been constituted as an important role in the treatment flow in a positive way and without further damage to the psychological state of the person, still being that nursing is considered an important part during the whole process of care with the patient and their families.

Key words: nurse, bulimia, anorexia, eating disorders.

1 Introdução

A influência da —cultura do corpo e da pressão para magreza tem desencadeado um sentimento muito comum nas pessoas, a obsessão de adotar o perfil que o consideram como ideal de beleza e de boa aceitação social, embora nem sempre o conceito de que magreza denote saúde.

A anorexia nervosa e a bulimia nervosa são transtornos alimentares (TA) caracterizados por um comum comportamento alimentar gravemente perturbado, um controle excessivo do peso corporal e por distúrbios da auto da imagem corporal. Na anorexia nervosa existe uma distorção da imagem corporal, isto é, mesmo a pessoa estando abaixo do peso um inexplicável medo de ganhar peso ou de tornar-se obeso, a leva a um comportamento progressivo de recusa alimentar, ou mais intensamente, uma supervalorização da forma corporal como um todo ou de suas partes, (SAIKALI, SOUBHIA, SCALFARO, e CORDAS, 2004, p. 165).

Existem inúmeros aspectos envolvidos na etiologia dos TA. Dessa forma, os profissionais que trabalham tanto na clínica como na pesquisa destes transtornos são desafiados a não simplesmente descrever os elementos que os circundam, mas também o de compreender como diversos fatores interagem entre si em cada caso ou situação. Os transtornos alimentares não aparecem repentinamente, mas se desenvolvem ao longo de vários anos, a partir de predisposições presentes desde o nascimento do indivíduo, de vulnerabilidades que surgem nas primeiras etapas da vida e de agentes estressores desencadeadores de TA ao longo de sua história (MORGAN, VECCHIATTI, NEGRÃO, 2002).

Os transtornos alimentares são marcados por um início discreto, geralmente apenas com queixas quanto à insatisfação de sua imagem corporal e recusa de alimentos aparentemente calóricos, podendo alcançar magreza intensa por meio de práticas compensatórias, e a gravidade do problema resultando em risco de morte. É mediante esse grau de intensidade da doença que se estabelece o desafio do profissional de enfermagem, como agente de saúde e educador, participativo do conhecimento científico e do senso comum, ampliar suas dimensões do cuidar, para que essas pessoas reavaliem suas próprias ações e se tornem mais flexíveis de modo a persistir na adaptação, alcançando um grau de autonomia saudável (GRANDO, ROLIM, 2006, p. 269).

A partir desta temática da revisão da literatura emerge a seguinte questão-problema: de que forma a enfermagem pode contribuir para a recuperação dos pacientes com transtornos alimentares? Esta revisão bibliográfica tem como objetivo geral avaliar os cuidados de enfermagem oferecidos aos clientes com transtornos alimentares, assim como seu tratamento. A fim de garantir as melhores condições de reabilitação do paciente, têm-se como objetivos específicos: analisar os fatores predisponentes e os mantenedores dos transtornos alimentares; refletir sobre os sinais, sintomas e as possíveis complicações clínicas; observar se há relação entre os transtornos alimentares com alguma questão psiquiátrica; avaliar o comportamento da família junto ao paciente com transtornos alimentares e abordar sobre as intervenções clínicas e medicamentosas utilizadas nos transtornos alimentares. Este trabalho justifica-se pelo fato da equipe de enfermagem buscar mecanismos de enfrentamento, que favoreça ao paciente a uma recuperação da imagem corporal e ao alcance de um modelo de vida saudável.

2 Materiais e Métodos

Para a concretização deste trabalho foi realizada uma revisão de literatura, sendo esta sistemática, buscando nas publicações que tenham um enfoque crítico das literaturas sendo de relevante importância nas publicações respectivamente com abordagem específica referente ao tema abordado.

Tal revisão realizada em pesquisa bibliográfica eletrônica teve como o principal o site da Scielo, entre outros sites de credibilidade acadêmica. Após pesquisa eletrônica, as referências bibliográficas foram revisadas cuidadosamente, afins, de extrairmos os conteúdos importantes para compor o trabalho.

Esta revisão literária tem uma abordagem descritivo-exploratória, abordagem qualitativa, com informações relativas ao tema, objetivando adquirir maior conhecimento pertinente ao assunto. As pesquisas que se utilizam da abordagem qualitativa possuem a facilidade de poder descrever a complexidade de uma determinada hipótese ou problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança, criação e formação de opiniões de determinado grupo, e permitir em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos (OLIVEIRA, 1999, p. 166)

3 Resultados e Discussão

O A incidência de transtornos alimentares praticamente dobrou nestes últimos 20 anos. Especificamente em relação à anorexia, o número de casos novos por ano teve um aumento constante entre 1955 e 1984 em adolescentes de 10 a 19 anos. A prevalência de anorexia nervosa (AN) varia de 2% a 5% em mulheres adolescentes e adultas. Nos Estados Unidos é a terceira doença crônica mais comum entre adolescentes, só perdendo para a obesidade e a asma (FISCHER et al., 1995, DUNKER, e PHILIPPI, et al 2003, p.52).

Esse aumento está relacionado à publicação da magreza feminina como modelo de atração sexual. Nos dias de hoje a sociedade valoriza a magreza como perfil de beleza e atração, deixando evidente o sentimento de rejeição pela obesidade. A gama de benefícios que aparentemente advém de um corpo magro tem levado as pessoas à prática de dietas abusivas e de outras formas não saudáveis de regular o peso (KILLEN et al., 1993, DUNKER, e PHILIPPI, et al 2003, p.52).

De fato, a incidência ao longo da vida de sintomas de transtornos do humor em pacientes com AN é quase universal, chegando até a 98%. A depressão maior é o transtorno de eixo I do DSM-IV mais comum entre esses pacientes, com estudos mostrando taxas de 50% a 68%. Da mesma forma, estudos familiares com pacientes com AN e bulimia nervosa (BN) mostram uma proporção alta de parentes de primeiro e segundo grau com história de TH (FONTENELLE, CORDAS, SASSI, 2002, p.25).

Na anorexia a perda de peso fica em torno de 15% ou mais do peso total e a redução extrema da ingestão alimentar pode chegar a um consumo de 500 a 700 calorias por dia, podendo ingerir menos que 200 calorias ou não comer por dias. Afeta cerca de 1% a 2% da população feminina, entre as idades de 13 a 20 anos, mas pode ocorrer em qualquer grupo etário. Também é vista em homens, numa estimativa de apenas 5% a 10% da população com anorexia nervosa. A mortalidade foi estimada em 5,6% por década (GRANDO e ROLIM. 2006, p. 266).

Já na bulimia sua incidência é de 2% a 4% da população feminina, com início entre 16 e 18 anos, numa proporção que vai de 1:6 a 1:10 (mulher: homem). A estimativa de incidência ou prevalência desses transtornos varia dependendo da amostra e do método de avaliação (GRANDO e ROLIM et al. 2006, p.266). Outro fator que merece a atenção neste trabalho são as várias alterações do apetite e perturbações da imagem corporal podem ocorrer nas crianças em idade escolar, embora os quadros mais típicos de transtornos alimentares sejam mais raros. Apesar de cerca de 45% das crianças de ambos os sexos em idade escolar quererem ser mais magras e 37% tentarem perder peso, somente uma pequena proporção delas desenvolvem um transtorno alimentar.

No entanto, alguns traços presentes na idade escolar podem ser considerados fatores de risco ao aparecimento dos transtornos alimentares posteriormente, deixando evidente a

indispensável atuação do profissional de saúde em contato com essas crianças, reconhecer e investigar estes traços ainda inscientes. A anorexia nervosa ocorre predominantemente em mulheres jovens, com uma prevalência pontual de 0,28% e taxas de prevalência ao longo da vida oscilando entre 0,3% e 3,7%. Entretanto, A BN é extremamente rara antes dos 12 anos. O transtorno é característico das mulheres jovens e adolescentes, com prevalência de 1,1% a 4,2% neste grupo (APPOLINARIO e CLAUDINO, 2000, p. 29).

O Diabetes Mellitus é uma patologia que se enquadra dentro do grupo de risco para desenvolver transtornos alimentares.

Muitos estudos atuais têm descrito a morbidade entre TA e DM. Entretanto, parte da literatura não parece alcançar a conclusão quanto à verificação da prevalência da morbidade, já que algumas pesquisas realizadas com mulheres jovens diabéticas do tipo 1 não apresentaram qualquer diferença de prevalência de transtornos alimentares entre portadoras ou não de DM. As amostras analisadas não eram significativas para tal afirmação, estas continham baixo poder de revelar essas diferenças (AZEVEDO, PAPELBAUM e D'ELIA. 2002, et al., p.78).

No entanto, em um recente trabalho de Jones et al. (2000), em um estudo casocontrole com uma amostra de 361 jovens diabéticas tipo 1 e grupo controle com 1.114 adolescentes, relataram um risco 2,4 vezes maior de as adolescentes com diabetes apresentarem TA em relação às não diabéticas. No total, 10% dos pacientes diabéticos tinham diagnóstico para TA comparada a 4% do grupo controle. Herpertz et al. (1998), encontraram uma prevalência de 10% a 14% de TA em pacientes diabéticos tipos 1 e 2. Embora a associação entre TA e DM não esteja definitivamente estabelecida na literatura, muitos autores confirmam a alta prevalência de sintomas de TA em pacientes diabéticas. NeumarkSztainer et al. (1996) mostram que 27% das adolescentes com DM tipo 1 confessam utilizar práticas purgativas, e 24% disseram restringir a alimentação com o objetivo de perder peso, enquanto só 9% e 14% das adolescentes não diabéticas declararam engajar-se nesses comportamentos (AZEVEDO, PAPELBAUM e D'ELIA. 2002., p.78).

É impotante citar ainda, os ritmos circadianos, que são um dos vilões responsáveis por desencadear no indivíduo transtornos alimentares.

Os dados utilizados para avaliação da prevalência dos transtornos psiquiátricos são realmente precisos, pois se baseiam no reconhecimento e delineamento dos transtornos no esquema de classificação e no desenvolvimento de métodos a ser analisados pelos estudos epidemiológicos nas comunidades, tais como o estudo Epidemiologic Catchment Areas (ECA) em 1980. Embora a anorexia nervosa tenha sido a pioneira a ser reconhecido como transtorno alimentar a partir dos relatórios de Gull e Laségue no século XIX, outras síndromes também são descritas por volta de um século depois, tais como, bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar periódica e o Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação (TASOE), (HAY, et al., 2002, p. 14).

Atualmente, percebe-se que os transtornos alimentares envolvem diferentes níveis socioeconômicos, diversas regiões e culturas variadas, entretanto, há algum tempo a literatura relata que as pessoas acometidas por transtornos alimentares eram em sua maioria, jovens ocidentais, de raça branca e de nível socioeconômico alto. Ainda que sejam indiscutíveis os índices de bulimia nervosa e anorexia nervosa vêm aumentando de maneira assustadora entre as adolescentes, presentemente tais doenças parecem se estender sobre as limitações de raça, sexo ou cor. Um exemplo desta declaração é o Japão, onde antigamente tais transtornos não existiam e hoje, são muito frequentes (HERCOVICI & BAY, 1997 et al. OLIVEIRA, HUTZ, 2010, p. 579).

Para emagrecer a dieta é o fator antecipadamente mais frequente nos Transtornos Alimentares, tornando-se um hábito comum nas sociedades ocidentais ou ocidentalizadas, onde prepondera o ideal da magreza. Alguns estudos longitudinais evidenciam de maneira clara que a dieta aumenta de modo considerável o risco para os TA. Pessoas que desempenharam dieta tiveram um risco 18 vezes maior para o prosseguimento de Transtornos Alimentares do que as

pessoas que não desempenharam dieta depois de um ano de seguimento (MORGAN; VECCHIATTI e NEGRAO, 2002 et al., p. 21).

A imaginação e o modismo coletivo parecem designar uma relação estreita entre a saúde e a forma do corpo, do modo que se todas as dietas, regimes, exercícios físicos pudessem ser empregados com o intuito da pessoa se cuidar melhor, ficando mais saudável. Entretanto, na última década, os índices dos transtornos alimentares aumentaram particularmente os casos de anorexia, bulimia nervosa e obesidade, originando-se ambulatórios de saúde para especificadamente tratamentos médicos e psicológicos.

Ultimamente, a supervalorização do corpo, da forma e do peso, tem encaminhado muitas pessoas, basicamente mulheres, a certos suplícios que podem prejudicar a saúde, como dietas e alternativas radicais para emagrecer (que são inventadas a cada dia) e exercícios físicos abundantemente, com a finalidade de conseguirem alcançar o corpo perfeito (ROMARO; ITOKAZU, 2002, p. 407).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º edição (DSM-IV) (APA, 1994), relata dois subtipos de anorexia nervosa para diferenciar a presença ou ausência de periódicas compulsões ou purificações regulares durante o presente episódio de anorexia. O tipo restritivo de anorexia é quando em virtude de jejuns, dietas ou exercícios físicos em excesso ocorre o emagrecimento. E o tipo compulsão periódica bulímica ou purgativa acontece quando o indivíduo se dedica regularmente a purificações que incluem autoindução de vômitos, uso excessivo de laxantes ou diuréticos durante a fase atual da anorexia nervosa (GIORDANI, 2006, p. 82).

Os critérios diagnósticos segundo a quarta revisão do manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV), para a Anorexia nervosa, é a persistente recusa em manter o peso dentro dos padrões considerados normais (geralmente está abaixo de 15% do peso considerado ideal); o evidente medo de ganhar peso; o distúrbio grave da autoimagem corporal, medida predominantemente da autoavaliação, com negação da gravidade da doença; ausência de ciclos menstruais ou amenorréia (mais de três ciclos) (AZEVEDO, ABUCHAIM 1998, p. 31).

Outros sintomas também podem ser referidos pelos pacientes, a intolerância ao frio, fadiga, queda de cabelos, constipação, dor abdominal, anorexia, letargia, pés e mãos frios, dificuldade de concentração etc. (BORGES, et al 2006, p.341).

Existem ainda os subtipos que envolvem os transtornos alimentares, no qual se enquadram a bulimia e a anorexia.

Os episódios de vômitos presentes na BN acometem a cavidade bucal, podendo alcançar a laringe de forma semelhante ao refluxo gastroesofágico, ocasionando alterações laríngeas. O pigarro e tosse crônicos que surgem em reação à irritação laríngea podem conduzir aos quadros de laringites e disfonias (distúrbios vocais). Os estudos de casos clínicos nas mulheres com disfonia apontam queixa de rouquidão e voz grave com alterações laríngeas similares às dos portadores de RGE (BALATA, COLARES, PETRIB, LEAL, CARVALHO et al., 2008, p.448).

A deglutição na fase ora faríngea também pode ser alterada, assim como o comprometimento da gustação, e alterações teciduais. A gustação altera-se pelo fato dos receptores gustativos encontrarem-se no palato, região também acometida pelo ácido do vômito. A prática do vômito auto induzido pode ser provocado pela mão do sujeito ou até pela introdução de objetos estranhos como, por exemplo, um garfo plástico podendo levar à obstrução da via aérea e à disfagia (BALATA, COLARES, et al., 2008, p.449).

Ainda pode-se encontrar um aumento da impulsividade, associada com outros quadros psiquiátricos, como cleptomania, tricotilomania e outros tipos de automutilação, abuso de drogas ilícitas e álcool, promiscuidade sexual e risco de suicídio (BORGES, SICCHIERI, RIBEIRO et al., 2006, p. 342).

Apesar desses comportamentos, os pacientes bulímicos não tem desejo de emagrecer cada vez mais, como os anoréxicos. Na maioria das vezes, apresentam-se com peso normal ou com discreto sobrepeso.

O critério essencial utilizado na suspeita diagnóstica é a realização do exame físico, uma vez que os resultados obtidos da aferição regular do peso, altura e do índice de massa corporal ($IMC = \text{kg/m}^2$) podem apresentar alterações significativas. Os sinais clássicos apontados no exame físico de pacientes com anorexia nervosa podem ser citados a Hipercarotenemia; xerodermia; alopecia; lanugo; bradicardia (frequência cardíaca $[FC] < 60$ bpm); hipotensão (pressão arterial sistólica $[PAS] < 90$); hipotensão ortostática; hiperatividade; dificuldade de concentração e cianose do leito ungueal. No entanto na bulimia percebe-se o aumento das glândulas salivares; erosão do esmalte dentário; queilite; gengivite; lesões e calosidades nas articulações interfalângianas proximais (sinal de Russel); e o exame físico pode se apresentar normal (FERNANDES, 2007, p. 42).

O exame baseia-se na avaliação do estado nutricional e das complicações decorrentes dos métodos compensatórios. Portanto é realizada uma análise detalhada das alterações relacionadas com a redução do peso corporal, do padrão alimentar atual, da frequência e da gravidade dos métodos purgativos (se existentes) e da intensidade da prática de atividade física. Devendo diferenciar os outros quadros clínicos que incluam sintomas alimentares.

Deste modo o diagnóstico diferencial do emagrecimento intenso que acomete pacientes com AN compreende as doenças inflamatórias intestinais, o câncer, diabetes mellitus, e hipertireoidismo. Já no caso de pacientes que apontam episódios de compulsão alimentar (ECA), devem-se desconsiderar a possibilidade de alterações hipotalâmicas que podem levar às manifestações de síndromes hiperfágicas, pois uma vez instalada uma lesão hipotalâmica, as alterações da imagem corporal e os comportamentos inadequados para controle do peso (necessários no diagnóstico de TAs) estariam ausentes (ASSUMPCÃO e CABRAL, 2002, p.29). A desnutrição pode levar à atrofia do músculo cardíaco, reduzindo a massa ventricular esquerda e conseqüente desenvolvendo o prolapso mitral. Embora isso aconteça à insuficiência mitral é pouco frequente e muitas das vezes não necessita de tratamento. É possível notar diversas alterações eletrocardiográficas na AN, tais como, o intervalo QT prolongado, a baixa voltagem do complexo QRS, as variações do segmento ST, e a possível aparição das ondas T e U em virtude dos distúrbios eletrolíticos (hipomagnesemia e hipopotassemia). O risco de morte súbita é iminente quando há hipocalemia e hipoalbuminemia com prolongamento do intervalo QT. A hipocalemia pode levar ao aparecimento de arritmias graves, como torsade de pointes e fibrilação ventricular. Portanto, os medicamentos com potencial efeito arritmogênico (fenotiazinas, antidepressivos tricíclicos etc.) são contraindicados. Na realização do ecocardiograma, podem-se notar alterações da câmara ventricular esquerda com redução da função sistólica, prolapso da válvula mitral e derrame pericárdico, que por sua vez recebendo o tratamento adequado as alterações podem ser reversíveis.

O processo de realimentação dos pacientes com NA quando não bem planejado pode permitir a manifestação de outra complicação, tal como, a chamada síndrome de realimentação. Esta síndrome é marcada por um colapso cardiovascular desencadeado pela sobrecarga de ingestão calórica em um paciente desnutrido, com presença reduzida da capacidade do sistema cardiovascular (ASSUMPCÃO e CABRAL, 2002, p.32).

Outra alteração que merece nossa atenção está relacionada às alterações pulmonares, pois o edema pulmonar pode ocorrer secundário à falência cardíaca congestiva na síndrome de realimentação. O pneumomediastino aparece raramente, secundário à broncoaspiração em decorrência dos vômitos excessivos. A taquipneia pode decorrer da acidose metabólica ocasionada pelo uso de laxantes e também dos quadros clínicos anteriormente mencionados. Já a bradipneia ocorre devido à alcalose metabólica decorrente da prática de vômitos. Enquanto nas alterações renais, pode-se observar uma reduzida concentração urinária, devido às alterações dos

níveis de ADH (alteração hipotalâmica promovendo diabetes insipidus parcial), e da grande ingestão de líquidos de baixa caloria. Outras causas, tais como, a redução da osmolaridade da medula renal, a inanição e a redução da uréia podem limitar a concentração de urina. A azotemia pré-renal também pode surgir decorrente da desidratação, esta é apontada em até 70% dos pacientes com anorexia nervosa (ASSUMPCÃO e CABRAL, 2002, p.32).

Visto o grau de dificuldade de tratar essas pessoas com transtornos alimentares, os profissionais de enfermagem envolvidos no cuidar precisam buscar uma forma holística de intervenção para que tal seja eficaz, considerando o sujeito, o seu sofrimento psíquico, e todos os outros fatores envolvidos, sejam estes de ordem cultural, biológica ou psicossocial (GRANDO. 2000. p. 24). Portanto, para tratar esses pacientes —[...] não basta ensinar novos conhecimentos e padrões, é preciso compreender os motivos e emoções que medeiam tais conhecimentos e práticas, desvelando a base afetivo-volitiva do agir e pensar (SAWAIA apud GRANDO e ROLLIN, 2005, p.269)l. A manifestação comportamental desses transtornos não se dá apenas por causas cognitivas e sociais, têm carga afetivo-simbólica. O conhecimento e análise do meio ao qual o paciente está inserido são indispensáveis para elaboração e aplicação das ações de enfermagem. É preciso saber o que possibilitou a instalação dos TAs e o que os mantém.

A conduta terapêutica utilizada nos Transtornos Alimentares, devido à gravidade dessas patologias, inclui a participação de familiares, equipe multidisciplinar e também a utilização psicofármacos, em casos que necessitam de maiores cuidados. Quanto à inserção do enfermeiro como profissional da equipe multiprofissional que assiste aos indivíduos com Transtornos Alimentares, sua atuação consiste em elaborar o plano de cuidado.

Assim, no que se refere ao plano de tratamento de enfermagem, é importante incluir familiares na avaliação e no processo de planejamento do tratamento, não apenas iniciando terapia de grupo para sensibilizar o apoio social e reforçar respostas quanto à adaptação. Mas também avaliando a família como sistema e o impacto do transtorno alimentar. O envolvimento familiar e o trabalho com um grupo de apoio traz grandes benefícios a esses pacientes. Entretanto, a terapia familiar não compreende todas as intervenções e teorias, mas a aplicabilidade desse tipo de intervenção baseia-se no entendimento de que a doença é parte do sistema e ao qual tem uma função. A proposta da intervenção familiar é poder avaliar esse sistema ao qual o paciente está inserido, orientá-lo quanto à doença e tratá-lo caso sua avaliação indique um funcionamento que promova a manutenção do sintoma (LIMA, e KNUPP, 2007, p.173).

Segundo Grando (2000, p. 24) o foco de atenção no cuidado não deve estar primordialmente na recusa alimentar, mas inclusive nos distúrbios psicopatológicos que estes indivíduos apresentam. São estes os responsáveis não apenas pela recusa alimentar, mas também por todos os comportamentos alterados e que põem em risco a vida desses pacientes. Compreender o impacto da sintomatologia nesses pacientes e inserir tais informações no plano de ação de enfermagem é outro requisito essencial no processo do cuidar.

Cabe ainda às ações de enfermagem junto aos adolescentes, sendo esta a faixa etária mais susceptível, basear-se nos princípios da articulação interinstitucional, da interdisciplinaridade, da instrumentalidade ações de capacitação e mobilização para a delimitação de práticas emancipatórias e da transversalidade do compromisso com a promoção à saúde do adolescente nos inúmeros espaços de atuação (LIMA, e KNUPP, et al 2007, p.173). A intervenção de enfermagem busca o alívio do sofrimento desses pacientes com TAs, permitindo-lhes o crescimento e a liberdade de fazer escolhas maduras. Para tanto o plano de ação deve ser individualizado, elaborado junto ao paciente, estabelecendo um contrato de aceitação e responsabilidade mútua. Portanto somente por meio desse relacionamento interpessoal, baseado na confiança, aceitação e envolvimento emocional que se consegue desenvolver o cuidado desses pacientes com garantia de bons resultados (GRANDO 2000, p.24).

A assistência de enfermagem tem por objetivo potencializar as interações positivas do cliente com seu ambiente, promover seu nível de bem-estar e intensificar seu grau de autonomia. Para tanto o uso do processo de enfermagem torna-se indispensável, uma vez que o enfermeiro consegue promover e manter o comportamento do paciente de forma que contribua para seu funcionamento integrado. Esta é a essência do processo terapêutico em enfermagem em saúde mental. Ele valida a autonomia do indivíduo e sua liberdade para tomar decisões com relação a seus próprios objetivos e de estar envolvido em seu próprio cuidado (GRANDO, 2000, p. 26).

Outro mecanismo do enfermeiro utilizado durante o tratamento e a prevenção desses transtornos, se dá na realização de palestras informativas em postos de saúde e hospitais que sejam abertas aos funcionários, pacientes e a comunidade em geral (CORAS e ARAUJO, 2011, p. 324).

Os resultados esperados pela equipe de enfermagem tanto do paciente como da família e para que tal obtenha alta são: o entendimento sobre as causas e efeitos dos transtornos alimentares, demonstração de disposição para participar do tratamento, verbalização de uma imagem corporal mais realística, demonstração quanto a redução dos comportamentos autodestrutivos, demonstração das habilidades sobre socialização, compreensão do momento adequado de pedir ajuda profissional. Entretanto o tratamento não se encerra após a alta, este se mantém no âmbito ambulatorial ou até extra-hospitalar, uma vez que o restabelecimento completo poderá levar tempo, sendo comuns episódios de recaída. O paciente e a família precisam de muita atenção por parte de toda equipe multidisciplinar (GRANDO, 2000 p.30).

4 Conclusão

A enfermagem na saúde mental é, portanto, um campo de saber que complementa o alicerce nos campos de atuação profissional na psiquiatria. Vale dizer que os cuidados básicos que incluem as orientações, cuidados e encaminhamentos fazem parte da competência do enfermeiro que cuida dos pacientes com transtornos, portanto, deve-se cuidadosamente atentar não somente para os aspectos físicos, mas também a valorização daqueles subjetivos, prestando atenção necessária ao ser como um todo: seus valores, suas crenças, seu modo de viver e de cuidar de si quando isso é possível e o conjunto de saberes e práticas presentes em suas ações de cuidado. Valorizar a complementariedade desses aspectos significa pensar o cuidado de forma compartilhada, permeada pela prática dialógica e sensível da enfermagem/paciente.

Na anorexia nervosa, assim como na bulimia nervosa, existe uma grande preocupação com o peso e um medo constante e intenso de engordar. Enquanto na bulimia há episódios de comer compulsivo, na anorexia, a ingestão de alimentos calóricos é evitada. Comem-se, poucos alimentos, com dietas restritivas e exclusão de alimentos calóricos. Há também culpa pela ingestão de alimentos, excesso de exercícios físicos, junto a uma extrema perda de peso, geralmente em curto tempo. Acompanhando esses sintomas, observa-se uma constante distorção da imagem corporal, isto é, a pessoa se vê gorda por mais magra que esteja. Existem também alterações hormonais, como amenorreia, excessiva sensibilidade ao frio e mudanças drásticas de humor, como irritabilidade, tristeza, insônia, entre outras. Esses pacientes apresentam como características: obsessividade, perfeccionismo, passividade e introversão.

No presente trabalho, foi observado através das várias pesquisas realizadas que é importante os familiares ficarem atentos a qualquer modificação física e comportamental das pessoas mais próximas, pois cada gesto diferente pode ser um alerta de que alguma coisa está errada. Quanto mais cedo, for identificado o transtorno alimentar melhor o tratamento, junto à equipe de saúde e seus familiares.

5 Referências

- ABREU, C. N.; CANGELLI FILHO, R. **Anorexia nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia.** Rev. psiquiatr. clín. [online]. 2004.
- ALVARENGA, M. S.; SCAGLIUSI, F. B. **Tratamento nutricional da bulimia nervosa.** Rev. Nutr.[online]. 2010.
- APPOLINARIO, J. C.; BACALTCHUK, J. **Tratamento farmacológico dos transtornos alimentares.** Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 2002.
- ARAUJO, M. X.; HENRIQUES, M. I. R. S. **Que "diferença faz a diferença" na recuperação da anorexia nervosa?.** Rev. psiquiatr. clín. [online]. 2011.
- AZEVEDO, A. P.; PAPELBAUM, M.; D'ELIA, F. **Diabetes e transtornos alimentares: uma associação de alto risco.** Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 2002.
- AZEVEDO, A. M. C.; ABUCHAIM, A.L.G. **Bulimia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico.** In: NUNES, M. A. A.; APPOLINÁRIO, J. C.; ABUCHAIM, A. L. G.; COUTINHO, W. Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artmed. 1998.
- BALATA, P.; COLARES, V.; PETRIBU, K.; LEAL, M. de C. **A bulimia nervosa como fator de risco para distúrbios da voz: artigo de revisão.** Rev Bras Otorrinolaringol. 2008.
- BERNARDI, F; HARB, A. B. C.; LEVANDOVSKI, R. M.; HIDALGO, M. P. L. **Transtornos alimentares e padrão circadiano alimentar: uma revisão.** Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [online]. 2009.
- CORDAS, T. A. **Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico.** Rev. psiquiatr. clín. [online]. 2004.
- CORSOLINI, C.F.; SANTOS, M.A. **Psicoterapia como estratégia de tratamento dos transtornos alimentares: análise crítica do conhecimento produzido.** Estud. psicol. (Campinas) [online]. Vol.29, 2012. ISSN 0103-166X. Acesso em 17 mai. 2013.
- DUNKER, K.L.L.; PHILIPPI, S.T. **Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa.** Rev. Nutr. [online]. 2003.
- EHRENBRINK, P. P.; PINTO, E. E. P.; PRANDO, F. L. **Um novo olhar sobre a cirurgia bariátrica e os transtornos alimentares.** Psicol. hosp. (São Paulo)[online]. Vol. 7, n.1, 2009. ISSN 1677-7409.
- FERNANDES, M. A. **Anorexia nervosa e bulimia na adolescência: diagnóstico e tratamento.** Vol. 4, n. 3, agost. 2007.
- GIORDANI, R. C. F. **A autoimagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica.** Psicologia & Sociedade: mai./ago. 2006.
- GIORDANI, R. C. F. **O corpo sentido e os sentidos do corpo anoréxico.** Rev. Nutr. [online]. 2009.

GOLDBERG, T.B.L. **Anorexia nervosa e bulimia.** In: COATES, V.; BEZNOS, G.W.; Françoso, L.A. Medicina do adolescente. São Paulo: Sarvier. 2003.

GRANDO, L. H.; ROLIM, M. A. **Os transtornos da alimentação sob a ótica dos profissionais de enfermagem.** Acta paul. enferm. [online]. 2006.

HAY, P. J. **Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros.** Rev Bras Psiquiatr. 2002.

MARTINS, C. R.; PELEGRINI, A.; MATHEUS, S. C.; PETROSKI, E. L. **Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes.** Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [online]. 2010.

MORGAN, C. M; VECCHIATTI, I. R.; NEGRAO, A. B. **Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais.** Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 2002.

OLIVEIRA, L. L.; HUTZ, C. S. **Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo oliveira.** Psicologia em Estudo. Maringá: v. 15, n. 3, jul./set. 2010.

OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M.F.M.; BRUGGEMANN, O. M. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento.** Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

PINZON, V. et al. **Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD.** Rev. psiquiatr. clín. [online]. Vol.31, n.4, 2004. ISSN 0101-6083.

ROMARO, R. A.; ITOKAZU, F. M. **Bulimia Nervosa: Revisão da Literatura.** Psicologia: Reflexão e Crítica, 2002.

SAIKALI, C. J.; SOUBHIA, C. S.; SCALFARO, B. M.; CORDAS, T. A. **Imagem corporal nos transtornos alimentares.** Rev. psiquiatr. clín. [online]. 2004.

BIBLIOTECA DIGITAL USP. **Representações sociais e transtornos alimentares: as faces do cuidar em enfermagem.** São Paulo, 2000. Disponível em: Acesso em 19 de abr. 2013.

SOPEZKI, D.S. **Relacionamento primário com a figura materna e autoestima em mulheres com transtornos alimentares.** Porto Alegre: Março, 2007.

TRAEBERT, J; MOREIRA, E. A. M. **Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência.** Pesqui. Odontol. Bras. [online]. 2001.

VIEIRA, J. L. L et al. **Distúrbios de atitudes alimentares e distorção da imagem corporal no contexto competitivo da ginástica rítmica.** Rev Bras Med Esporte [online]. 2009.