

TEORIA E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE

O PROFISSIONAL DO FUTURO É COOPERATIVO

Volume 2

ORGANIZADORES

Guilherme Barroso L. De Freitas
Durinézio J. De Almeida
Guilherme A. G. Martins



TEORIA E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE

O PROFISSIONAL DO FUTURO É COOPERATIVO

Volume 2

ORGANIZADORES

Guilherme Barroso L. De Freitas
Durinézio J. De Almeida
Guilherme A. G. Martins

2020 by Editora Pasteur
Copyright © Editora Pasteur
Copyright do Texto © 2020 Os Autores
Copyright da Edição © 2020 Editora Pasteur
Editor Chefe: Prof Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas
Coordenadores de Edição e Revisão: Durinézio J. De Almeida & Guilherme A. G. Martins
Diagramação: Editora Pasteur
Edição de Arte: Editora Pasteur
Revisão: Corpo editorial da Editora Pasteur e Autores

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Editora Pasteur, PR, Brasil)

FR862c FREITAS, Guilherme Barroso Langoni de.
Teoria e Prática Multidisciplinar em Saúde / Guilherme
Barroso Langoni de Freitas. 1. ed. - Irati: Pasteur, 2020.
1 livro digital ; 246 p. ; il.

Modo de acesso: Internet
<https://doi.org/10.29327/513532>
ISBN: 978-65-86700-00-8

1. Interdisciplinaridade. 2. Medicina 3. Saúde I.
Título.

CDD 610
CDU 601/618

APRESENTAÇÃO

A boa prática médica moderna tornou necessário que os profissionais da área tenham posicionamentos mais integrativos e possuam ações multidisciplinares. É comprovado que a atenção coordenada por equipe multidisciplinar resulta em prognósticos favoráveis em todos os níveis do atendimento. O livro *Teoria e Prática Multidisciplinar em Saúde* apresenta uma gama de estudos selecionados e autores convidados dos campos da enfermagem, psicologia, farmácia, medicina humana e veterinária, biomedicina, odontologia, nutrição, educação física e fonoaudiologia. Esse livro é um convite para viajar, aprender e se integrar ainda mais com as diversas facetas da medicina, que por sinal, vem do latim *mederi*, *i.e.* aprender, curar, saber o melhor caminho. Boa leitura!

Prof. Dr. Guilherme Barroso Langoni de Freitas

Docente da Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Departamento de Bioquímica e Farmacologia

Diretor Científico do Grupo Pasteur

Editor Chefe da Editora Pasteur

SUMÁRIO

Capítulo 1

CURCUMINA E NEUROPROTEÇÃO NA DOENÇA DE ALZHEIMER 1

Capítulo 2

A EFETIVIDADE DA OZONIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE FERIDAS CRÔNICAS: REVISÃO INTEGRATIVA 8

Capítulo 3

IMUNOFENÓTIPO E VIABILIDADE IN VITRO DE CÉLULAS TUBULARES RENAIS DE SUÍNOS 14

Capítulo 4

ESTUDO DE PLANTAS MEDICINAIS E A FITOTERAPIA APLICADOS À ODONTOLOGIA 25

Capítulo 5

PREPARAÇÃO PARA O PARTO COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM DURANTE O PRÉ-NATAL 32

Capítulo 6

EPIDEMIOLOGIA DA MENINGITE VIRAL DE CASOS NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE TERESINA/PIAUÍ/BRASIL ENTRE 2016 E 2018 41

Capítulo 7

CONTAGEM DE COLIFORMES, BOLORES E LEVEDURAS EM MÉIS DE ABELHA *Apis mellifera* COMERCIALIZADOS EM TERESINA-PI..... 46

Capítulo 8

CONCEPÇÕES DOS PROFESSORES SOBRE A INCLUSÃO DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA NAS AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA	51
--	----

Capítulo 9

DEPENDÊNCIA QUÍMICA E RELAÇÕES FAMILIARES: REVISÃO DA LITERATURA	58
--	----

Capítulo 10

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: PERCEPÇÃO DOS PACIENTES E DA FAMÍLIA SOBRE A SEXUALIDADE	62
---	----

Capítulo 11

A ATIVIDADE LÚDICA NA PROMOÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	68
--	----

Capítulo 12

A AFFINITY THERAPY E A PSICANÁLISE NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS AUTISTAS EM EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	74
---	----

Capítulo 13

AÇÕES DE ENFERMAGEM AO GRANDE QUEIMADO	78
--	----

Capítulo 14

ENFOQUE FAMILIAR NO CUIDADO À HIPERTENSOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DO NORDESTE BRASILEIRO	87
---	----

Capítulo 15

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA VERIFICAÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA	92
--	----

Capítulo 16

COMPROMETIMENTOS NEUROPSICOLÓGICOS DECORRENTES DE LESÕES ENCEFÁLICAS TRAUMÁTICAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	101
--	-----

Capítulo 17

CORRELATOS ENTRE O USO DE REDES SOCIAIS E PERCEPÇÃO DE SOLIDÃO	105
--	-----

Capítulo 18

IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÃO TELEFÔNICA NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA	111
--	-----

Capítulo 19

INCIDÊNCIA DOS CASOS DE DENGUE (2018-2019) NO ESTADO DO PIAUÍ.....	119
--	-----

Capítulo 20

INTERVENÇÃO NUTRICIONAL EM UM PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA - RELATO DE EXPERIÊNCIA	123
--	-----

Capítulo 21

FATORES FAMILIARES ASSOCIADOS À PRÁTICA E VITIMIZAÇÃO DE BULLYING ENTRE ESCOLARES ADOLESCENTES	126
--	-----

Capítulo 22

FATORES ASSOCIADOS À SEXUALIDADE EM IDOSOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	133
---	-----

Capítulo 23

SOROPREVALÊNCIA PARA LEPTOSPIROSE EM CÃES DA CIDADE DE BOM JESUS-PI	144
---	-----

Capítulo 24

INCONFORMIDADES ENCONTRADAS EM PESCADO COMERCIALIZADO NOS SUPERMERCADOS DE TERESINA NO PERÍODO DA SEMANA SANTA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	150
---	-----

Capítulo 25

AS CONSEQUÊNCIAS ADVINDAS DO CONSUMO EXACERBADO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	155
---	-----

Capítulo 26

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHENTOS NOTIFICADOS EM QUIXADÁ – CEARÁ	160
---	-----

Capítulo 27

PROJETO PERMANECER: PROMOVENDO AÇÕES NO COMBATE À SÍFILIS CONGÊNITA NUMA MATERNIDADE PÚBLICA DO PIAUÍ.....	164
--	-----

Capítulo 28

INCIDÊNCIA DA TUBERCULOSE NO PIAUÍ DE 2015 A 2017	171
---	-----

Capítulo 29

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE À EXPERIÊNCIA DO ADOECIMENTO NO HOSPITAL	176
--	-----

Capítulo 30

AÇÃO EDUCATIVA COM PRÉ-ESCOLARES SOBRE HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA	182
---	-----

Capítulo 31

A INFLUÊNCIA DA FADIGA MUSCULAR EM MEMBROS INFERIORES NA MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO ESTÁTICO	188
--	-----

Capítulo 32

CASOS DE MENINGITE NOTIFICADOS DE 2014 A 2018 EM SOBRAL - CE.....	193
---	-----

Capítulo 33

PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	197
---	-----

Capítulo 34

DESAFIOS DOS GESTORES E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO DE LITERATURA CIENTÍFICA.....	200
---	-----

Capítulo 35

SÍNDROME DE DOWN: DIFICULDADES ENCONTRADAS PELO BINÔMIO MÃE/FILHO DENTRO DO CONTEXTO SOCIAL	210
---	-----

Capítulo 36

CONTRIBUIÇÕES DA FORMAÇÃO DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM NO MARANHÃO	216
---	-----

Capítulo 37

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE MENINGITE NO PERÍODO DE 2015 A 2018 NO MUNICÍPIO DE TERESINA-PI.....	221
---	-----

Capítulo 38

NASCIMENTO DE UM FILHO COMO FATOR PROTETIVO PARA MÃES USUÁRIAS DE CRACK	227
--	------------

Capítulo 39

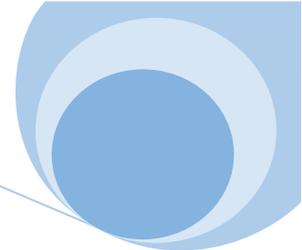
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM RECÉM- NASCIDO COM CARDIOPATIA CONGÊNITA	232
--	------------

Capítulo 40

USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO PROCESSO SAÚDE DOENÇA.....	235
---	------------

Capítulo 41

PESQUISA DE AGLUTININAS ANTI-LEPTOSPIRAS EM OVINOS DO COLÉGIO TÉCNICO DA CIDADE DE BOM JESUS-PI.....	241
---	------------



Capítulo 1

CURCUMINA E NEUROPROTEÇÃO NA DOENÇA DE ALZHEIMER

Luan E P A Gomes¹, Artur B Gomes¹, Irma B F Calou², Ana C G Mota¹, Ana J R S Castro¹, Jacihelem F F Viana¹, Jaderson D Barreto¹, Luane S Celestino¹, Maria N S Moura¹, Nadia K G Moreira¹, Sabrinna G B Damasceno¹, Tiago Soares¹, Jorge R Santos¹, Jailton C Sousa¹ & Ardilles J C A Santos¹

¹ Universidade Federal do Piauí – UFPI/CSHNB, Picos – PI, Brasil.

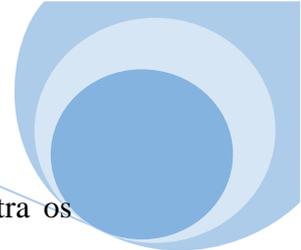
² Centro Universitário Doutor Leão Sampaio - UNILEÃO, Campus Lagoa Seca, Juazeiro do Norte - CE, Brasil.

1. INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer (DA) é uma condição neurodegenerativa, progressiva e irreversível, intimamente relacionada à idade e representa a causa mais comum de demência entre os idosos (ZHENG *et al.*, 2017). Esta doença se caracteriza clinicamente pelo comprometimento cognitivo crônico e progressivo dos indivíduos, e suas características patológicas neurais típicas incluem placas amiloides, agregados intracelulares de proteína τ (tau) hiperfosforilada e perda sináptica e neuronal (HE *et al.*, 2016).

A etiologia da DA permanece ainda uma incógnita, mas já é bastante aceito que a superprodução e acúmulo do peptídeo β -amiloide (βA) no cérebro afetado seja o gatilho inicial da cascata patogênica da DA. No cérebro dos pacientes acometidos pela doença, o peptídeo βA é produzido a partir da proteína precursora de amiloide (APP), clivada sequencialmente por β -secretase (BACE1) e γ -secretase (ZHENG *et al.*, 2017). Dessa forma a interrupção de qualquer uma das vias que levam à formação da placa amiloide pode, potencialmente, ser uma das vias utilizadas para o tratamento da DA (MCCLURE *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, a curcumina, principal composto encontrado no açafrão, tempero isolado do rizoma da *Curcuma longa*, vem sendo descrita por mediar neuroproteção em diversos modelos de distúrbios neurodegenerativos, estudos *in vitro* e



in vivo já demonstram que a curcumina apresenta uma ação neuroprotetiva contra os principais mecanismos patológicos envolvidos na DA (SAM Y *et al.*, 2016).

Tendo isso em vista, o presente estudo objetiva descrever os principais efeitos sintomáticos e neuropatológicos da Cur em modelos experimentais de DA descritos na literatura.

2. MÉTODO

O presente estudo se trata de uma revisão integrativa de literatura. Os dados foram coletados nas bases de dados Scielo, LILACS e PubMed, utilizando os descritores (DeCS): *Curcumin AND Alzheimer's Disease AND Therapy*. Os critérios adotados para os estudos elegíveis foram os seguintes: artigos originais que investigaram a associação entre a Cur e DA em modelos experimentais; dados suficientes sobre os métodos adotados; presença dos descritores no título e/ou resumo, publicados entre 2015-2019. Procedeu-se com a exclusão dos estudos que não atenderam a esses critérios.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Pesquisa literária

O cruzamento descrito permitiu encontrar 269 artigos, no qual o PubMed foi o único que respondeu aos descritores. A análise por título e resumo permitiu a seleção de 35 artigos. Em seguida, a leitura dos textos selecionados por completo identificou 12 artigos dentro dos critérios de elegibilidade que foram incluídos no presente estudo.

3.2. A Cur melhora os déficits cognitivos em modelos animais de Alzheimer

Em um estudo realizado com camundongos transgênicos 5XFAD, foi observado que o tratamento com a curcumina melhorou significativamente o desempenho no labirinto de água de Morris (ZHENG *et al.*, 2017) e no labirinto em Y (MCCLURE *et*



al., 2018), determinando sua propriedade protetora contra o declínio cognitivo e a favor da melhor retenção de memória espacial e de trabalho.

Após 30 dias de administração oral de curcumina nas doses de 50 e 100 mg em ratos Wistar de 3 a 4 meses com demência do tipo Alzheimer induzido por injeção intracerebroventricular de estreptozotocina (ICV-STZ), houve uma melhora parcial na memória de reconhecimento de objetos em curto prazo nos grupos tratados em comparação com o controle (BASSANI *et al.*, 2017).

Os efeitos protetores da curcumina foram globais, no modelo de DA com mutações nos genes da proteína precursora amiloide e presenilina-1 (APP/PS1), protegendo a memória de trabalho, o aprendizado e a retenção da memória espacial (PARIKH *et al.*, 2018; FAN *et al.*, 2018; LU *et al.*, 2019). A melhora das funções cognitivas pelo tratamento com a curcumina também foi observada nos modelos de Alzheimer por injeção ICV de β A1-42 (ZHANG *et al.*, 2015; JIA *et al.*, 2016).

3.3. A Cur reduz a produção de β -amiloide em modelos animais de Alzheimer

Zheng *et al.* (2017), descobriram que o tratamento com a curcumina na dose de 300 mg/dia reduziu a deposição de β A1-42 no hipocampo (58,9%) e no córtex (41,8%) de camundongos 5XFAD por meio da inibição da expressão da enzima β -secretase. Samy *et al.* (2016) também encontraram resultados semelhantes no tratamento da DA com uma dose menor (80 mg) no modelo induzido por ICV-STZ, no qual o tratamento durante 3 meses diminuiu os níveis de β A1-40 e β A1-42 no hipocampo, assim como restaurou a aparência normal dos neurônios e fibras nervosas quando comparados ao grupo controle.

Não obstante, a curcumina administrada por via oral apresenta baixa biodisponibilidade, que resulta de sua baixa solubilidade em fluidos corporais, metabolismo e eliminação rápida do corpo, que constituem grandes obstáculos para sua aplicação terapêutica (FAN *et al.*, 2018). Desta forma, para melhorar a biodisponibilidade da curcumina novas formulações promissoras para o tratamento da DA já são descritas na literatura, incluindo nanopartículas (FAN *et al.*, 2018), polimerossomas carregadas (JIA *et al.*, 2016) e micelas (LU *et al.*, 2019). A maioria desses novos mecanismos de entrega aumenta a biodisponibilidade da curcumina, fornecendo circulação mais longa da droga e resistência a processos metabólicos.



Maiti *et al.* (2018), realizaram o tratamento agudo com uma droga composta de partículas sólidas de curcumina lipídica por via intraperitoneal, na qual essa exibiu maior solubilidade e permeabilidade através da barreira hematoencefálica de camundongos 5XFAD do que a curcumina, assim como apresentaram redução significativa no número de placas amiloides no córtex pré-frontal (56,31%) e no giro dentado no hipocampo (50,50%) em comparação ao grupo controle. Sob o mesmo modelo experimental de DA, outro estudo constatou que o tratamento com a curcumina (5 mg) administrada por via nasal, mediado por um aerossol, foi eficiente na redução da expressão das placas de βA nas regiões do subículo e do hipocampo em aproximadamente 80% e 90%, respectivamente (MCCLURE *et al.*, 2017).

3.4. Efeitos da Cur nas vias de sinalização em modelos animais de Alzheimer

Na DA, observa-se anormalidades no metabolismo da glicose e sinalização da insulina no cérebro, resultando em um estado resistente à insulina (BASSANI *et al.*, 2017). Feng *et al.* (2016) relataram que camundongos APP/PS1 apresentavam um quadro de resistência à insulina na região CA1 do hipocampo, evidenciado pelo aumento na expressão dos receptores de insulina (InR) e substrato do receptor de insulina 1 (IRS-1) e inibição da via regulada por fosfatidilinositol 3-quinase (PI3K)/serina-treonina quinase (AKT). A inibição dessa via resulta na hiperfosforilação da tau aumentando o estresse oxidativo, a apoptose, disfunção mitocondrial e necrose tecidual.

Não obstante, a administração de curcumina nas doses de 200 e 400 mg/dia por 6 meses foi eficiente para reduzir a expressão proteica de InR e IRS-1, assim como o tratamento crônico regulou positivamente a via de sinalização PI3K/AKT, atenuando o quadro de resistência à insulina e melhorando o metabolismo cerebral da glicose (FENG *et al.*, 2016).

A administração repetida de curcumina exerce um efeito protetor nas funções cognitivas de ratos com DA induzido por injeção intracerebroventricular de agregados de βA_{1-42} , que exibiam desempenho prejudicado no labirinto em Y e labirinto de água de Morris e diminuição dos níveis de fator neurotrófico do cérebro (BDNF) no hipocampo. Os efeitos foram associados a níveis aumentados de BDNF e fosforilação de quinases reguladas por sinal extracelulares (p-ERK) no hipocampo. Além disso, a

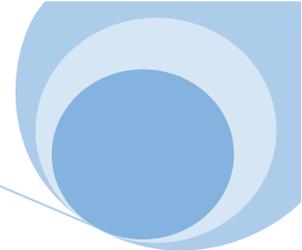


super expressão do BDNF no hipocampo de ratos injetados com βA imitou o efeito da curcumina nas deficiências cognitivas, que podem ser bloqueadas pelo inibidor da ERK. Portanto, a curcumina beneficia funções cognitivas relacionadas à DA, principalmente por meio da ativação da sinalização BDNF-ERK (ZHANG *et al.*, 2015).

4. CONCLUSÃO

Mediante o exposto, conclui-se que a Cur exhibe grande potencial terapêutico para o tratamento da DA atuando em diversos parâmetros patogênicos e modulando positivamente os déficits cognitivos em modelos experimentais.

Neste contexto, considera-se importante a realização de estudos clínicos em pacientes diagnosticados com DA para avaliar sua real influência no tratamento desta doença.



5. REFERÊNCIAS

BASSANI, T. B. *et al.* Effects of curcumin on short-term spatial and recognition memory, adult neurogenesis and neuroinflammation in a streptozotocin-induced rat model of dementia of Alzheimer's type. *Behavioural Brain Research*, v. 335, n. 1, p. 41-54, 2017.

FAN, S. *et al.* Curcumin-loaded PLGA-PEG nanoparticles conjugated with B6 peptide for potential use in Alzheimer's disease. *Drug Delivery*, v. 25, n. 1, p. 1091-1102, 2018.

FENG, H. *et al.* Curcumin ameliorates insulin signaling pathway in brain of Alzheimer's disease transgenic mice. *International Journal of Immunopathology and Pharmacology*, v. 29, n. 4, p. 734-741, 2016.

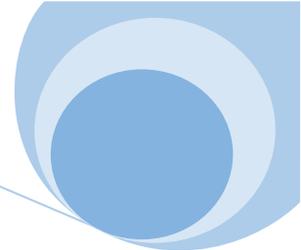
HE, Y. *et al.* Effects of curcumin on synapses in APP^{swe}/PS1^{dE9} mice. *International Journal of Immunopathology and Pharmacology*, v. 29, n. 2, p. 217-225, 2016.

JIA, T. *et al.* A dual brain-targeting curcumin-loaded polymersomes ameliorated cognitive dysfunction in intrahippocampal amyloid β_{1-42} -injected mice. *International Journal of Nanomedicine*, v. 11, n. 1, p. 3765-3775, 2016.

LU, Y. *et al.* Alzheimer's disease: microenvironment remodeling micelles for Alzheimer's disease therapy by early modulation of activated microglia. *Advanced Science*, v. 6, n. 4, p. 1-11, 2019.

MAITI, P.; PALADUGU, L.; DUNBAR, G. L. *et al.* Solid lipid curcumin particles greater anti-amyloid, anti-inflammatory and neuroprotective effects than curcumin in the 5XFAD mouse model of Alzheimer's disease. *BMC Neuroscience*, v. 19, n. 7, p. 1-18, 2018.

MCCLURE, R. *et al.* Aerosol delivery of curcumin reduced amyloid- β deposition and improved cognitive performance in transgenic model of Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, v. 55, n. 2, p. 797-811, 2017.

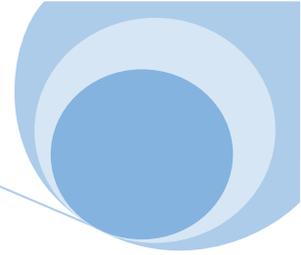


PARIK, A. *et al.* Self-nanomicellizing solid dispersion of edavarone: part II: in vivo assessment of efficacy against behavior deficits and safety in Alzheimer's disease model. *Drug Design, Development and Therapy*, v. 12, n. 1, p. 2111-2128, 2018.

SAMY, D. M. *et al.* Downstream modulation of extrinsic apoptotic pathway in streptozotín-induced Alzheimer's dementia in rats: erythropoietin versus curcumin. *European Journal of Pharmacology*, v. 770, n. 1, p. 52-60, 2016.

ZHANG, L. *et al.* Curcumin improves amyloid β -peptide (1-42) induced spatial memory deficits through BDNF-ERK signaling pathway. *PLoS One*, v. 10, n. 6, p. 1-17, 2015.

ZHENG, K. *et al.* Curcumin ameliorates memory decline via inhibiting bace1 expression and β -amyloid pathology in 5XFAD transgenic mice. *Molecular Neurobiology*, v. 54, n. 3, p. 1967-1977, 2017.



Capítulo 2

A EFETIVIDADE DA OZONIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE FERIDAS CRÔNICAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Raissa Adriele Luz Rodrigues, Amanda Pereira de Oliveira, Jacyara Aparecida Feitosa Ferreira, Camila Cristina dos Santos, Juciele Alves Sampaio, Renato Douglas e Silva Souza & Emmanuelli Iracema Farah

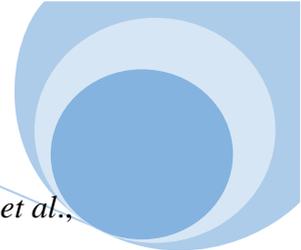
1. INTRODUÇÃO

O ozônio é um composto químico descoberto em 1840 na Alemanha por Friedrich Chistian Schonbein que percebeu um odor indistinguível ao expor o oxigênio a uma descarga elétrica. Porém, com as limitações tecnológicas da época, estudos mais aprofundados só foram possíveis a partir de 1857 onde foi possível criar máquinas geradoras de ozônio, obtendo-se assim o ozônio medicinal, que é composto pela mistura dos gases de ozônio e oxigênio (ANZOLIN & BERTOL, 2018).

Após essa descoberta, o ozônio foi amplamente utilizado para fins terapêuticos durante a I Guerra Mundial no tratamento das lesões dos soldados feridos durante a guerra, demonstrando-se bastante eficaz na cicatrização de queimaduras, fistulas, feridas infectadas, dentre outros agravos (CALIARI *et al.*, 2019).

Em vista disso, o ozônio medicinal está sendo cada vez mais alvo de pesquisas científicas, que demonstram que sua utilização favorece inúmeros benefícios de cicatrização, oferecendo uma possibilidade menos onerosa, menos traumática e com alto poder de eficácia, comparada a outros métodos terapêuticos existentes (CRISPIM *et al.*, 2019).

No momento atual, os grupos vulneráveis ao surgimento de feridas crônicas tornam-se crescentes, surgindo a necessidade de tratamentos mais efetivos, pois a dificuldade de cicatrização de uma ferida implica não somente em questões econômicas, mas também na qualidade de vida, convívio social e estado emocional daqueles que



convivem diariamente com as limitações físicas que uma ferida acarreta (LEMOS *et al.*, 2018).

Tratar uma ferida crônica é algo complexo e desafiador para os profissionais da saúde, uma vez que envolve alterações sistêmicas e diversos aspectos fisiopatológicas que devem ser observados no contexto do tratamento (VIEIRA & ARAÚJO, 2018).

Outro ponto que torna esse processo mais árduo é a escassez de insumos adequados a especificidades de cada ferida, o que prolonga ainda mais a cicatrização ou favorece uma recidiva (SANTOS *et al.*, 2018).

Em locais como Bulgária, Cuba, República Checa, França, Alemanha, Israel, Itália, México, Romênia e Rússia, a ozonioterapia é reconhecida e regulamentada como terapêutica para diversas doenças. No Brasil, apesar de evidências e estudos comprovando sua efetividade, seu uso ainda é restrito (SAMPAIO *et al.*, 2018).

Deste modo, o objetivo deste estudo foi descrever os benefícios do uso da ozonioterapia em portadores de feridas crônicas.

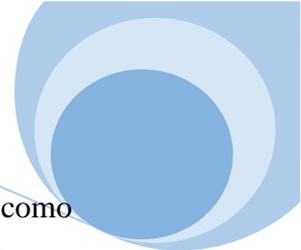
2. REFERENCIAL TEÓRICO

O aumento gradativo de pessoas portadoras de feridas crônicas representa um aumento dos custos em saúde e apesar de registros e dados insuficientes de sua prevalência, as feridas crônicas estão entre as alterações mais presentes em pessoas acometidas pela perda da integridade cutânea, tornando-se um problema de saúde pública (LEMOS *et al.*, 2018).

São classificadas como crônicas aquelas feridas que não alcançam seu processo de reparação cutâneo-mucosa para promover a integridade da pele dentro de um período de 3 meses. No Brasil, as lesões por pressão, úlceras diabéticas e as feridas operatórias complicadas estão entre as mais predominantes, implicando na qualidade de vida da população e superlotação hospitalar (LENTSCK *et al.*, 2018).

Dessa forma, torna-se constante a busca por alternativas terapêuticas mais acessíveis que alcancem um resultado mais rápido, seguindo então a necessidade de tornar a ozonioterapia mais acessível para a população, uma vez que os resultados de sua eficácia são bem evidentes (KAIZER *et al.*, 2019).

O ozônio é um gás altamente bactericida, utilizado no tratamento de diversas doenças de forma isolada ou combinada a outros métodos, como a colite bacteriana



ulcerativa, abscesso fistuloso, além de enfermidades que acometem a pele como dermatites, feridas diabéticas, úlceras venosas, queimaduras, lesão por pressão, dentre outras (KORELO *et al.*, 2013).

Sua capacidade germicida já foi comprovada na utilização de purificação da água, sendo capaz de eliminar microorganismos sem alterar a estrutura química da água, tornando-a apta para o consumo (KORELO *et al.*, 2013).

2.1 Modo de ação

Devido ao seu alto poder reativo, o ozônio é capaz de agir com proteínas e matar por oxidação microorganismos patogênicos, além de sua capacidade de promover a angiogênese e alívio da dor, tornando seu uso de forma medicinal bastante eficaz no tratamento das feridas crônicas (VIEIRA & ARAÚJO, 2018).

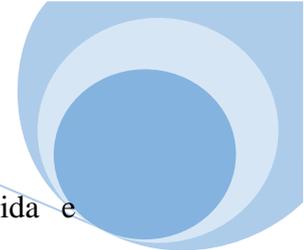
Seu mecanismo de ação consiste na interação dos componentes fosfolipídicos de todas as células, sendo capaz de formar moléculas antioxidantes capazes de combater os radicais livres, sendo estes os principais responsáveis pelo aumento do processo inflamatório e retardo na cicatrização (ANZOLIN & BERTOL, 2018).

O ozônio também está ligado diretamente com o bloqueio da produção de mediadores inflamatórios como o ácido araquidônico, prostaglandinas e as citocinas, promovendo diminuição do processo inflamatório e analgesia, amenizando o sofrimento físico do paciente (SANTOS *et al.*, 2018).

Alguns estudos também comprovam que o ozônio amplia o aumento do aporte de oxigênio para as células, favorecendo o desenvolvimento de tecido de granulação e multiplicação dos queratinócitos, essenciais para a produção do colágeno, fundamental para a reparação da pele e cicatrização da ferida (KORELO *et al.*, 2013).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os artigos analisados neste estudo evidenciou-se que o uso do ozônio foi utilizado de forma satisfatória na redução de processos inflamatórios e na otimização da reparação tecidual em pacientes portadores de úlceras venosas, lesão por pressão e feridas crônicas provenientes de doenças como o Diabetes Mellitus.



Entre os efeitos benéficos citados, estão seu elevado poder fungicida e bactericida, melhora da oxigenação tecidual, redução significativa da dor, melhora no aspecto da pele, redução da fase inflamatória, sendo ressaltados também alívio psicossomático do usuário (SANTOS *et al.*, 2018).

Apesar de ser uma terapia segura, existem algumas contraindicações para seu uso, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) não controlada, hipertireoidismo descompensado e quadros graves de anemia, sendo essencial realizar o controle prévio dessas condições antes de realizar a ozonioterapia (SAMPAIO *et al.*, 2018).

Por se tratar de uma molécula instável, o ozônio pode ocasionar alguns efeitos colaterais, mesmo que com menor incidência, sendo referido como o mais relevante a destruição de hemácias, que pode ocorrer em casos de administração de doses extremamente altas (KAIZER *et al.*, 2019).

Para minimizar esse risco é importante que haja acompanhamento profissional rigoroso na sua aplicação, pois, em contrapartida, doses baixas não são suficientes para atingir seu potencial terapêutico. Portanto é necessária a dosagem correta que atenda aos critérios de cada ferida (CALIARI *et al.*, 2019).

4. CONCLUSÃO

Por ser uma biomolécula, o ozônio produz efeito sistêmico no corpo humano, sendo um tratamento eficaz na remissão de feridas, apresentando poucas contraindicações e efeitos colaterais, e, associada a cuidados quanto à higiene, alimentação e controle de possíveis comorbidades, promovem a cicatrização mais rápida de feridas crônicas.



5. REFERÊNCIAS

ANZOLIN, A. P.; BERTOL, C. D. Ozonioterapia como terapêutica integrativa no tratamento da osteoartrose: uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Pain.*, v. 1, n. 2, p. 171-175, 2018.

CALIARI, B. *et al.* Ozonioterapia como coadjuvante do tratamento de neoplasia. *Revista de Odontologia Contemporânea*, v. 3, n. 1, p. 58 -21, 2019.

CRISPIM, S. M. R. *et al.* Influência da ozonioterapia na cicatrização de úlceras do pé diabético. *Programa de Iniciação Científica-PIC/UniCEUB-Relatórios de Pesquisa*, v. 4, n. 1, 2019.

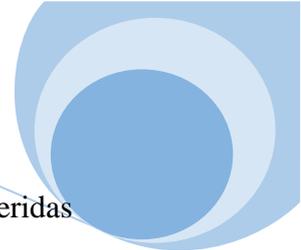
KAIZER, U. A. O. *et al.* Gerador de alta frequência no tratamento de fasciíte necrotizante em pessoa com diabetes. *ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, v. 17, e1719, 2019.

KORELO, R. I. G. *et al.* Gerador de alta frequência como recurso para tratamento de úlceras por pressão: estudo piloto. *Fisioterapia em Movimento*, v. 26, n. 4, p. 715-724, 2013.

LEMOS, C. S. *et al.* Práticas integrativas e complementares em saúde no tratamento de feridas crônicas: revisão integrativa da literatura. *Aquichan*, v. 18, n. 3, p. 327-342, 2018.

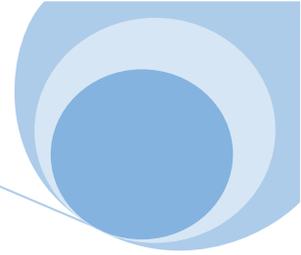
LENTSCK, M. H. *et al.* Qualidade de vida relacionada a aspectos clínicos em pessoas com ferida crônica. *Revista da Escola de Enfermagem*, v. 52, e03384, 2018.

SAMPAIO, N. R. *et al.* A utilização da ozonioterapia no tratamento da lombalgia associada à hérnia de disco lombar - Uma Revisão Sistemática. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, v. 8, n. 4. p. 579-587, 2018.



SANTOS, K. C. B. *et al.* Qualidade de vida de pacientes hospitalizados com feridas crônicas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 20, p. 1-10. 2018.

VIEIRA, C. P. B.; ARAÚJO, T. M. E. Prevalência e fatores associados a feridas crônicas em idosos na atenção básica. *Revista da Escola de Enfermagem*, v. 52, e03415, 2018.



Capítulo 3

IMUNOFENÓTIPO E VIABILIDADE IN VITRO DE CÉLULAS TUBULARES RENAIIS DE SUÍNOS

Maria A M de Carvalho; Napoleão M A Neto; Huanna W S Rodrigues, Dayseanne O Bezerra, Elis R D F S Silva, Yulla K C Leite, Lucilene S Silva, Marina S Carvalho & Wanderson G G Melo

Núcleo Integrado de Morfologia e Pesquisas com Células-tronco (NUPCelt), Centro de Ciências Agrárias, Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, Piauí, Brazil.

Autora para correspondência: Maria Acelina Martins de Carvalho

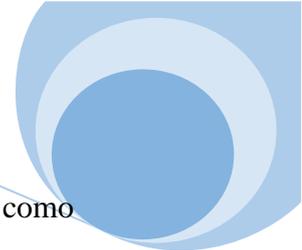
E-mail: mcelina@ufpi.edu.br

1. INTRODUÇÃO

O rim apresenta capacidade regenerativa, considerando a existência de um sistema renopoiético responsável por esta característica (ANGELOTTI *et al.*, 2012). A regeneração da função renal ainda não é muito bem elucidada, mas estudos demonstram que mecanismos celulares intrínsecos atuam no repovoamento das estruturas glomerulares e tubulares, a partir da população celular já existente no rim, não necessitando de intervenções ou células de outras origens (LIN *et al.*, 2005).

Em terapia celular, a eficácia de células-tronco mesenquimais (MSC) na recuperação do tecido renal, após lesões por insuficiência renal aguda, foi comprovada a partir de seu efeito renoprotetor. Esse aspecto, somado à facilidade de isolamento, expansão e aplicação profilática ou terapêutica das células, torna a terapia celular eficiente na rotina clínica (CHEN *et al.*, 2008).

A presença de células com particularidades semelhantes às MSC apresenta grande potencial de tratamento na insuficiência renal. Estas células, obtidas de tecido renal, já demonstraram capacidade de expansão, autorrenovação, mesmo que limitada, e diferenciação *in vitro* em células epiteliais ou endoteliais, na prevenção de necrose das células tubulares e no estímulo à proliferação, bem como sobrevivência prolongada durante cultivo (GRANGE *et al.*, 2014; BUSSOLATI *et al.*, 2005).



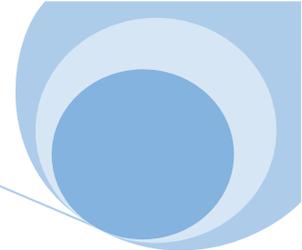
As células progenitoras renais coletadas em rins de ratos se comportam como células-tronco renais, com expressão de marcadores consistentes de pluripotência e capacidade de diferenciação em relação às demais células, podendo ser cultivadas durante várias duplicações da população, sem evidência de senescência (GUPTA & REULE, 2006). Além de eficientes na produção de eritropoietina *in vitro*, úteis no tratamento de complicações específicas da insuficiência renal, permitem a sobrevivência *in vivo* nos rins e em regiões subcutâneas (ABOUSHWAREB *et al.*, 2008).

Nada obstante, há relatos de utilização de células progenitoras renais que provocaram lesões hiperplásicas no interior do glomérulo resultando uma doença degenerativa (CHAMBERS & WINGERT, 2016). Ademais, Qi *et al* (2007), em estudos acerca da proliferação e funções de transporte de células, demonstraram que células primárias tubulares proximais em humanos sofrem problemas com a presença de fibroblastos e células do túbulo distal em cultura.

A caracterização *in vitro* das células-tronco progenitoras renais tubulares (CPRT), após isolamento do córtex renal e cultivo, é de fundamental importância para determinação de sua pureza em cultura e do perfil das células, assim como na caracterização imunofenotípica, importante para a realização de terapias imunossupressoras (MORAIS *et al.*, 2016). Células progenitoras renais encontradas na cápsula de Bowman mostraram a expressão de marcadores de superfície específicos CD133 e CD24, caracterizadas pelo potencial de diferenciação em células especializadas do tecido renal, tais como podócitos ou epitélio tubular (LAZZERI *et al.*, 2007, SAGRINATI *et al.*, 2006).

No que se refere às particularidades dessas células em rins de suínos, existem poucos relatos. Contudo, devido ao suíno tratar-se de um modelo experimental para pesquisas biomédicas pela proximidade filogenética com humanos, pesquisa como tal torna-se indubitavelmente significativa.

Desta forma, este trabalho tem como objetivo caracterizar as CPRT de suínos, a fim de esclarecer o seu perfil imunofenotípico *in vitro*, por citometria de fluxo, visando sua utilização futura na rotina médico-hospitalar da lesão renal.



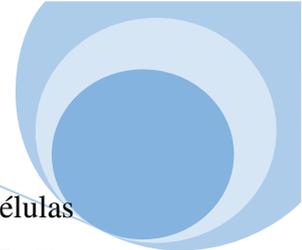
2. MÉTODO

Esta pesquisa foi executada no Núcleo Integrado de Morfologia e Pesquisa com Células-tronco (NUPCelt/CCA/UFPI), utilizando animais, de acordo com o Comitê de Ética em Experimentação Animal da UFPI n.269/16.

Foram utilizadas culturas primárias de células progenitoras renais tubulares de suíno (CPRT-su). As biópsias renais foram realizadas em porcos saudáveis, com idade entre 60 e 70 dias, provenientes do criatório de suínos do setor de Zootecnia da Universidade Federal do Piauí (UFPI) alimentados com ração para suínos em fase inicial e água *ad libitum*. As amostras foram lavadas em solução de KREBS com 5% penicilina/estreptomicina por três vezes e, em seguida, as cápsulas renais foram retiradas e o tecido transferido para placa de cultura. O rim descapsulado seguiu para outra placa, onde foi realizada a separação do córtex renal o qual foi macerado com bisturi até atingir uma consistência gelatinosa.

Foi adicionada colagenase I, na concentração de 1 mg em 7,5 mL de solução de KREBS e, em seguida, filtrada a 125 micrômetros, para a obtenção das células. O tecido gelatinoso foi transferido para um tubo cônico com solução de colagenase + KREBS aquecida e levada à estufa por 40 minutos, homogeneizando em vortex a cada 10min. Posteriormente, a reação foi neutralizada adicionando-se 10% de soro fetal bovino (FBS), equivalente a 0,75 mL. O conteúdo do tubo foi aspirado e filtrado em um *cell straine* (100µm) e centrifugado por 5 minutos a 1500 rpm. O sobrenadante foi descartado e o *pellet* ressuscitado em meio de cultivo, realizando-se no total, três lavagens. Após as lavagens, o *pellet* foi ressuscitado em 2 mL de meio de cultivo (DEMEM+KSFM) e plaqueado em garrafa de 25 cm². Após 48 horas, realizou-se a troca do meio, a fim de manter os nutrientes para as células. As garrafas de cultivo foram submetidas à tripsinização e, em cada passagem, as células foram avaliadas quanto ao seu crescimento e morfologia.

A avaliação da viabilidade celular foi realizada através de ensaio de Azul de Tripán. Após o descongelamento e durante os dias de cultivo, foi retirada uma alíquota de 50 µL para coloração com Azul de Tripán 0,2% (Invitrogen nº 15250061) e homogeneizada em um frasco de vidro esterilizado. Em seguida, a amostra foi colocada em uma câmara de *Neubauer* e encaminhada a microscópio óptico, onde foi realizada a contagem de células coradas (células viáveis) e não coradas (células inviáveis).



Seguiu-se a imunofenotipagem das CPRT-su por citometria de fluxo. As células mantidas em expansão foram tripsinizadas e ressuspensas em PBS (*Phosphate Buffer Solution*), posteriormente distribuídas em tubos para citometria de fluxo. Em cada tubo, foi colocado 1 mL de tampão *FACS* (DBPS) (*Dubelco's Phosphate Buffer Solution*) contendo 0,1% de BSA, e um dos marcadores a serem analisados. Posteriormente, centrifugadas 2000 rpm por 10 minutos, para a formação do *pellet*.

O sobrenadante foi descartado, as células incubadas com o anticorpo conjugado (diluído a 1:100) por 30 minutos a temperatura ambiente. Os anticorpos para a marcação em citometria estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Anticorpos conjugados utilizados para caracterização imunofenotípica das CPRT-su.

Anticorpo	Titulação	Cód. Produto	Reatividade	Fluorocromo
CD105	1:100	abcam® 53321	Humano, Suínos	PE
CD90	1:100	abcam® 139364	Humano, Caninos, Suínos, Primatas não-humanos	APC
CD14	1:100	abcam® 28061	Humano	FITC
CD133	1:20	eBioscience™ 11133941	Humano	APC
CD140b	1:20	eBioscience™ 17140280	Rato	APC
CD24	1:20	eBioscience™ 63024741	Humano	FITC
CD106	1:20	eBioscience™ 11106181	Rato	FITC

Legenda: PE: *Ficoeritrina*; APC: *Alocianina*; FITC: *Isocianato de fluoresceína*.

Após a este procedimento, as células foram lavadas uma vez com 1 mL tampão *FACS* para a retirada do excesso de anticorpo. As amostras foram analisadas em Citômetro de Fluxo FACScanto® II e software BD FACSDiva software (Version 6.1.3), para se obter 30.000 eventos por amostra testada. As populações foram estimadas pela

porcentagem das células expressando cada um dos marcadores em relação ao total de células adquiridas por meio do software INFINICYT (version 5.1).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O isolamento e cultivo das células demonstrou satisfatoriamente a exequibilidade do protocolo. As células apresentaram morfologia típica de células renais, em monocamada homogênea. As células expandidas até a terceira passagem não apresentaram diferenças significativas em sua morfologia, corroborando com Bezerra (2018). Foi observada também a capacidade de aderência ao plástico, uma característica fundamental de células com potencial de diferenciação, bem como a formação de colônias (Figura 1).

Figura 1. Fotomicrografia de CPRT-su isoladas ainda em primeira passagem. As células apresentam morfologia fusiforme, organizadas em monocamada plástica aderente, em aumento de 4x.



Fonte: elaborada pelo autor.

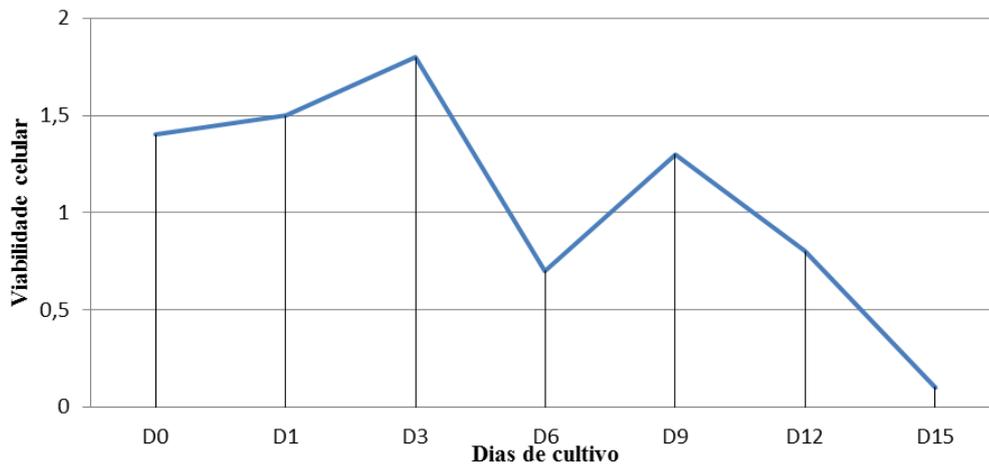
As primeiras células aderentes foram observadas após 48 horas de cultivo, adjacente ao explante, e as colônias organizaram-se a partir do 5º dia de cultivo. As células exibiram morfologia fusiforme, sendo observada aderência ao plástico após 48 horas de cultivo. A cada troca de meio de cultivo, foi verificada redução de células em suspensão, permanecendo, em sua maioria, aderidas e organizadas em colônias de 15 a 20 células.



À medida que a confluência progredia, as células assumiram morfologia fibroblastóide com núcleo evidente, margens celulares bem definidas e prolongamentos citoplasmáticos, responsáveis por manter as células unidas em toda a placa.

O ensaio de viabilidade celular permitiu a identificação de células viáveis após o descongelamento, com um pico de proliferação no 3º dia de expansão celular. Nos dias seguintes, houve um declínio de viabilidade, com leve aumento no 9º dia e posterior perda de viabilidade ao 15º dia (Figura 2).

Figura 2. Ensaio de viabilidade celular de CPRT-su em terceira passagem, pelo método do azul de tripan. Identifica-se maior viabilidade ao longo das primeiras 72 horas, à medida que a cultura se expandia, com redução evidente da viabilidade a partir do nono dia, quando a confluência se aproximava do máximo



Fonte: elaborada pelo autor.

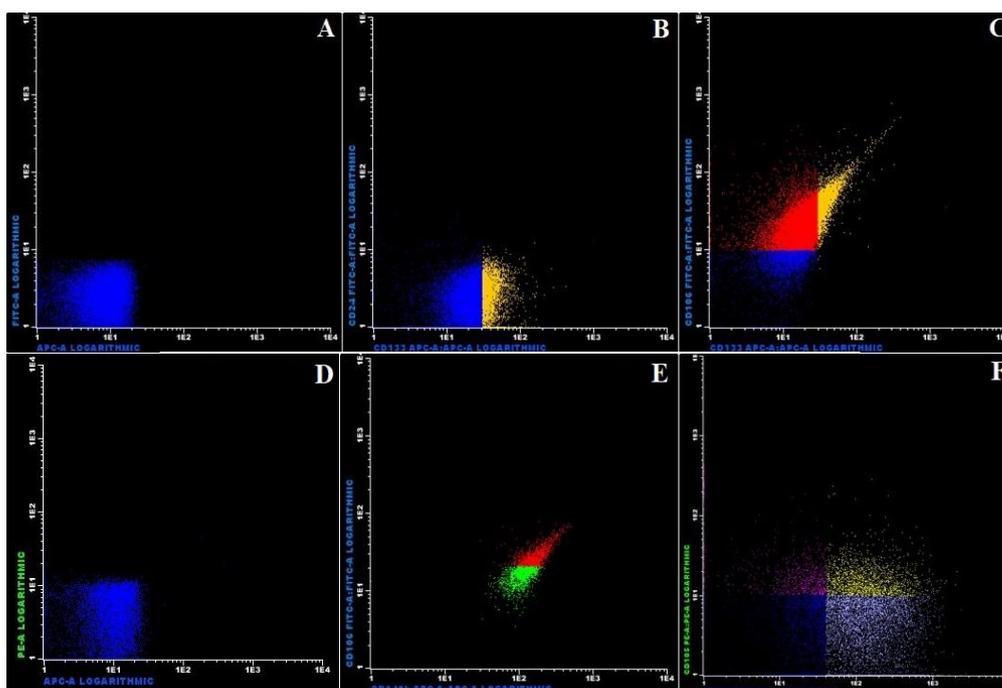
Esses resultados se assemelham aos de Bezerra (2018), com CPRT de suínos e Qi *et al.* (2007), em estudo com células progenitoras renais (CPR) de rim humano. A redução de viabilidade das células com o avanço temporal do cultivo pode ser decorrente a diminuição dos nutrientes do meio associada à elevação da concentração celular, fator comumente observado em estudos anteriores (YANG *et al.*, 2013; ARRIZABALAGA *et al.*, 2008).

Quanto a caracterização imunofenotípica, as células expressaram marcação positiva para CD90, CD105, CD106, CD133 e CD140b, e expressão negativa para CD14, CD24. À análise associada de marcadores, observou-se marcação duplo positivo

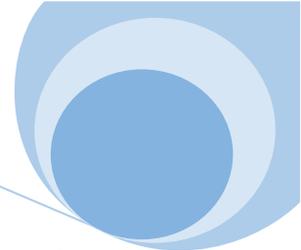
para a população integral de CD133 expressando CD106+, CD106 expressando CD140b+ e população parcial de CD90 expressando CD105+ (Figura 3).

Observa-se que não ocorreu expressão de marcador CD24. Apesar das CPRT não possuírem um padrão imunofenotípico bem definido, diversos estudos já observaram a expressão de CD133 e CD24 nestas células (Figura 3). A ausência de expressão CD24+ pode ser decorrente da redução da viabilidade celular a partir do quinto dia (Figura 2), uma vez que as células foram avaliadas em quinta passagem ou devido a maturidade celular. Esta segunda hipótese já havia sido proposta para células renais maduras (BURMEISTER *et al.*, 2018; LINDGREN *et al.*, 2011; SHAW *et al.*, 2010; CHALLEN *et al.*, 2004). Estes autores identificaram expressão CD24+ apenas em células durante a fase de indução do mesênquima metanéfrico.

Figura 3. Perfil da expressão de marcadores de superfície celular de CPRT-su em quinta passagem, submetidas a imunofenotipagem em citometria de fluxo. A) Parâmetros de fluorescência: Isocianato de fluoresceína (FITC) e Alocianina (APC) para análise do branco; B) Dotplot CD133⁺ (amarelo) e CD24⁻; C) Dotplot CD106⁺ (vermelho) e duplo positivo CD133⁺/CD106⁺ (amarelo); D) Parâmetros de fluorescência: Ficoeritrina (PE) e Alocianina (APC) para análise do branco; E) Dotplot CD140b⁺ (verde) e duplo positivo CD106⁺ /CD140b⁺ (vermelho); F) Dotplot CD14⁻, CD105⁺ (rosa), CD90⁺ (cinza), e duplo positivo CD90⁺/CD105⁺ (amarelo).



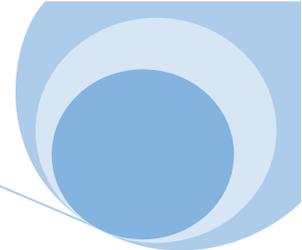
Fonte: elaborada pelo autor



Diametralmente, a expressão do marcador CD106 foi efetiva. Angelotti *et al.* (2012), em seu estudo com células progenitoras tubulares, verificaram que células CD133+106+ obtiveram melhor desempenho na regeneração renal do que células que não expressaram esses marcadores. Em contrapartida, Gupta e Reule (2006) não observaram marcação CD106 em células progenitoras renais em seu estudo, mesmo estas desempenhando atividade regenerativa. A marcação positiva para CD106 identificada neste estudo sugere a presença de células renais com forte atividade imunomoduladora e imunogênica, como foi proposto por diversos autores que obtiveram resultados similares (YANG *et al.*, 2013; ARRIZABALAGA *et al.*, 2008; WU, 2007).

4. CONCLUSÃO

As células progenitoras renais tubulares suínas (CPRT-su) estudadas exibiram elevada viabilidade até a quarta passagem, com expressão de perfil imunofenotípico compatível com células de elevado potencial regenerativo, podendo ser consideradas como alternativa potencial para estudos pré-clínicos para lesões renais.



5. REFERÊNCIAS

ABOUSHWAREB, T. *et al.* Erythropoietin producing cells for potential cell therapy. *World Journal of Urology*, v. 26, n. 4, p. 295-300, 2008.

ANGELOTTI, M. *et al.* Characterization of renal progenitors committed toward tubular lineage and their regenerative potential in renal tubular injury. *Stem Cells*, v. 30, n. 8, p. 1714–1725, 2012.

ARRIZABALAGA, P. *et al.* Renal Expression of Adhesion Molecules in Anca-Associated Disease. *Journal of Clinical Immunology*, v. 28, p. 411–419, 2008.

BEZERRA, D. O. Uso terapêutico de células tronco mesenquimais e progenitoras renais na síndrome de isquemia/reperfusão renal em suínos. Tese (Doutorado em Ciência Animal). Programa de Pós-graduação em Ciência Animal, Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2018.

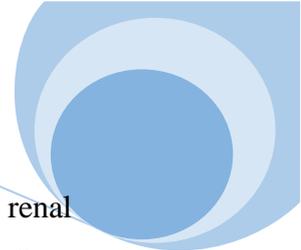
BURMEISTER, D. M. *et al.* Isolation and characterization of multipotent cd24+ cells from the renal papilla of swine. *Frontiers in medicine*, v. 5, p. 1-10, 2018.

BUSSOLATI, B. *et al.* Isolation of renal progenitor cells from adult human kidney. *American Journal of Pathology*, v. 166, n. 2, p. 545–555, 2005.

CHALLEN, G.; MARTINEZ, G.; DAVIS, M.; *et al.* Identifying the molecular phenotype of renal progenitor cells. *Journal of the American Society of Nephrology*, v. 15, p. 2344–2357, 2004.

CHAMBERS, B. E.; WINGERT, R. A. Renal progenitors: Roles in kidney disease and regeneration. *World Journal Stem Cells*. v. 26, n. 8, p. 367-375, 2016.

CHEN, J. *et al.* Kidney derived mesenchymal stem cells contribute to vasculogenesis, angiogenesis and endotelial repair. *Kidney International*, v. 74, p. 879–889, 2008.



GRANGE, C. *et al.* Protective effect and localization by optical imaging of human renal CD133+ progenitor cells in an acute kidney injury model. *Physiological reports*, v. 2, n. 5, p. 12009, 2014.

GUPTA, S.; REULE, S. Isolation and characterization of kidney-derived stem cells. *Journal of the American Society of Nephrology*, v. 17, n. 11, p. 3028-3040, 2006.

LAZZERI, E. *et al.* Regenerative potential of embryonic renal multipotent progenitors in acute renal failure. *The American Journal of Pathology*, v. 18, p. 3128–3138, 2007.

LIN, F.; MORAN, A.; IGARASHI, P. Intrarenal cells, not bone marrow–derived cells, are the major source for regeneration in postischemic kidney. *The American Journal of Pathology*, v. 173, p. 1617–1627, 2008.

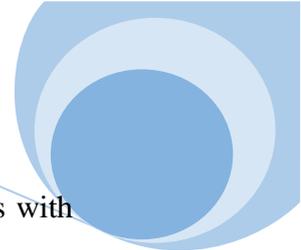
LINDGREN, D. *et al.* Isolation and Characterization of Progenitor-Like Cells from Human Renal Proximal Tubules. *The American Journal of Pathology*, v. 178, n. 2, p. 828–837, 2011.

MORAIS, R. *et al.* Adesão à terapia imunossupressora em receptores de transplante renal. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 15, n. 1, p. 141–147, 2016.

QI, W. *et al.* Isolation, propagation and characterization of primary tubule cell culture from human kidney (*Methods in Renal Research*). *Nephrology*, v. 12, n. 2, p. 155–159, 2007.

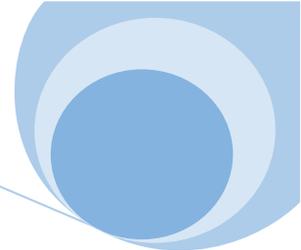
SAGRINATI, C. *et al.* Isolation and characterization of multipotent progenitor cells from the Bowman's capsule of adult human kidneys. *Journal of the American Society of Nephrology*, v. 17, n. 9, p. 2443-2456, 2006.

SHAW, L.; JOHNSON, P. A.; KIMBER, S. J. Gene expression profiling of the developing mouse kidney and embryo. *In Vitro Cellular & Developmental Biology*, v. 46, p. 155–165, 2010.



YANG, Z. X. *et al.* CD106 Identifies a subpopulation of mesenchymal stem cells with unique immunomodulatory properties. *PLOS One*, v. 8, n. 3, p. 59354, 2013.

WU, T. C. The role of vascular cell adhesion molecule-1 in tumor immune evasion. *Cancer Research*, v. 67, p. 6003–6006, 2007.



Capítulo 4

ESTUDO DE PLANTAS MEDICINAIS E A FITOTERAPIA APLICADOS À ODONTOLOGIA

Ana Beatriz de M Moura, Jullyana O G de Sousa & Ana K C Gallas

1. INTRODUÇÃO

As plantas medicinais de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) são definidas como “todo e qualquer vegetal que possui, em um ou mais órgãos, substâncias que podem ser utilizadas com fins terapêuticos ou que sejam precursores de fármacos semissintéticos” (JUIZ *et al.*, 2010). No entanto há uma diferença entre planta medicinal e fitoterápico que reside na elaboração da planta para uma formulação específica, o que define um fitoterápico. De acordo com a OMS, aproximadamente 80% da população mundial utiliza a medicina alternativa, principalmente medicamentos fitoterápicos, para suprir a ausência de atendimento médico primário. A utilização de plantas medicinais, para tratamento, cura e prevenção de doenças, está presente na humanidade desde a antiguidade.

A Fitoterapia está incluída Sistema Único de Saúde, podendo ter inclusão na área odontológica e médica. O fato de o Brasil apresentar a maior diversidade vegetal do mundo contribui para o desenvolvimento da Fitoterapia aplicada à Odontologia. Portanto é necessário o uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional, e a tecnologia para validar cientificamente este conhecimento, para garantir que os fitoterápicos sejam usados para afecções específicas, na dosagem correta e tempo determinado, a fim de se obter o efeito terapêutico desejado.

O uso dos fitoterápicos tem por finalidade prevenir, curar ou minimizar os sintomas das doenças, sendo mais acessível à população e aos serviços públicos de saúde, comparados aos medicamentos obtidos por síntese química, que no geral são mais caros, devido às patentes tecnológicas envolvidas. A utilização da fitoterapia pelos cirurgiões-dentistas somente foi reconhecida e regulamentada como prática integrativa e



complementar à saúde bucal pelo Conselho Federal de Odontologia, no dia 19 de novembro de 2008, através da Resolução n °082/2008-CFO (EVANGELISTA *et al.*, 2013).

No Brasil o reconhecimento odontológico fitoterápico veio acompanhado de diversas dificuldades na pesquisa científica e na utilização de plantas medicinais, especificamente para espécies vegetais com aplicação nas doenças da cavidade oral. O crescimento mundial da fitoterapia estabelecidos através dos programas preventivos e curativos tem estimulado a avaliação dos extratos de plantas para o uso na odontologia com ação antibacteriana, anti-inflamatória, anti-hemorrágica e anestésica.

O presente estudo tem como objetivo descrever a importância das plantas medicinais e fitoterápicas na área odontológica, especificando algumas espécies de plantas utilizadas nesse meio e suas respectivas formas de aplicação na saúde bucal.

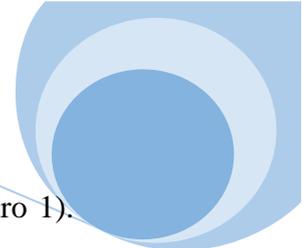
2. MÉTODO

Trata-se de um estudo, realizado no período de maio a junho de 2019, complementado com pesquisas em base de dados científicos, tais como Lilacs, Scielo e Embase. Foi empregado como critério de inclusão, artigos de abordassem o tema e que continham em seus descritores: plantas medicinais, fitoterápicos, odontologia.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A floresta Amazônica é um dos biomas mais ricos e diversificados do mundo, assim as pesquisas com plantas medicinais relacionadas a odontologia vem crescendo ano após ano, buscando novos princípios bioativos para a formulação de medicamentos com diferentes e variados efeitos, agindo tanto como curativos como preventivos. É de grande importância o estudo de plantas medicinais relacionadas nas patologias, pois possuem maneiras mais eficazes para o controle de patologias, assim podendo levar saúde de qualidade pra todos, envolvendo o perfil socioeconômico.

Na área odontológica a utilização de plantas medicinais para tratar de doenças bucais ou doenças sistêmicas com manifestações bucais ainda é pouco utilizada. Porém, nos últimos anos pesquisas relacionadas a produtos naturais vêm crescendo por conta da procura de produtos que sejam menos tóxicos, maior atividade farmacológica e



biocompatíveis, além de terem um custo mais acessível para a população (Quadro 1). Estudos com chás mostram que podem ser utilizados para inibir o crescimento bacteriano e a aderência nas superfícies dentais e redução na produção de ácidos e polissacarídeos extracelulares. Espécies como Cravo da Índia, Romã, Malva, Tanchagem, Amoreira, Sálvia, Camomila, entre outras, são indicadas nos casos de gengivite, abscesso na boca, inflamação e aftas. Essas plantas apresentam ação bactericida e bacteriostática sobre bactérias Gram-positivas e Gram-negativas constituintes do biofilme dental (MACHADO & OLIVEIRA, 2014).

Quadro 1. Estudo de plantas medicinais e seus efeitos em tratamentos odontológicos.

Autores	Tipo de planta: efeito na terapia
JUIZ <i>et al.</i> , 2010.	Alho: propriedade antibacteriana, antifúngica e antiviral. Importante coadjuvante no tratamento de pacientes portadores de periodontites.
JUNIOR, 2007; BANDEIRA <i>et al.</i> , 1999; SIMÕES, 2004	Óleo de Copaíba: Indicados para as odontalgias, pois possuem atividade antimicrobiana frente a microrganismos da cavidade oral, especialmente sobre <i>Streptococcus mutans</i> , importante na formação do biofilme dental e ação anti-inflamatória.
BRANDÃO <i>et al.</i> , 2008	Aroeira: ação antimicrobiana, anti-inflamatória e antiulcerogênica, sendo utilizada como antisséptico e no tratamento de estomatites e ação antifúngica sobre <i>Cândida albicans</i> , <i>Cândida tropicalis</i> e <i>Cândida krusei</i> .
LEITE, 2013	Camomila: eficazes no controle da placa bacteriana, bem como no tratamento da gengivite crônica, com resultados similares ao da clorexidina a 0,12%
PEREIRA, 2004; PEREIRA <i>et al.</i> , 2006	Romã: apresenta ação bactericida e bacteriostática sobre bactérias Gram-positivas e Gram-negativas constituintes do biofilme dental.
CARVALHO, 2009	Folhas da Myrciaria cauliflora: efeito inibitório sobre o crescimento de espécies bacterianas (<i>S. mutans</i> , <i>S. sobrinus</i> e <i>S. sanguis</i>).

A etnofarmacologia mesmo que contribua no desenvolvimento de um fitoterápico, não é recomendável o pensamento comum de que o uso popular e tradicional é suficiente para validar espécies vegetais como medicamentos. É importante a necessidade de validação de espécies vegetais de uso popular e o reconhecimento de



que o controle mecânico-químico do biofilme constitui o principal método preventivo contra cárie e doença periodontal, devem buscar por produtos naturais com ação antimicrobiana com desenvolvimento de ensaios *in vitro* e *in vivo*, utilizando extratos de plantas, especialmente dado o surgimento de cepas bacterianas resistentes (VIEIRA *et al.*, 2014).

Através do uso e conhecimento popular, o importante crescimento mundial da fitoterapia dentro de programas preventivos e curativos tem estimulado a avaliação da atividade de diferentes extratos de plantas para o controle do biofilme dental, bem como de outras afecções bucais. O biofilme dental é o fator determinante da cárie e doença periodontal, justificando desta maneira, a utilização de medidas para o seu controle. (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

O biofilme dental com controles químicos e mecânicos está constituído nos principais métodos preventivos empregados contra a cárie dentária e as doenças periodontais. A busca por produtos naturais, que apresentem uma boa ação antimicrobiana, de forma a inibir os microrganismos cariogênicos e periodonto patogênicos impulsiona a realização de ensaios *in vivo* e *in vitro* utilizando extratos de plantas.

4. CONCLUSÃO

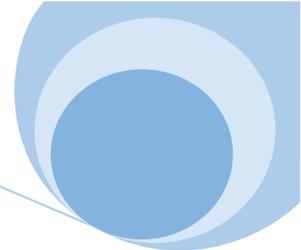
Pode-se constatar através de pesquisas que os resultados obtidos demonstraram que o uso de plantas medicinais e fitoterápicas é amplo e relevante para todas as áreas, mas principalmente as da saúde, não só isso como também os seus papéis de cura e tratamento de algumas doenças.

Visto que muitos pacientes utilizam diversos tipos de plantas e na maioria das vezes não têm o conhecimento necessário para se administrá-las, em relação as suas possíveis alterações, doses e os danos que podem causar. Este trabalho teve como intuito nos trazer informações adquiridas através de pesquisas nos capacitando a atuar como multiplicadores das informações adquiridas e através disso nos proporcionar uma visão mais ampla para que os futuros profissionais da Odontologia conheçam melhor essas práticas e possam aplicá-las de maneira coerente e segura suficiente na sua prática clínica diária.



É relevante também a inclusão destes conhecimentos nas atividades de ensino, pesquisa e extensão pois podem até conduzir a descoberta de novos medicamentos.

Concluimos que é necessário um avanço nos estudos das plantas medicinais e fitoterápicas, pois é uma alternativa terapêutica muito eficiente e que causam poucos efeitos colaterais garantindo maiores benefícios e conforto na Odontologia, visando a excelência no atendimento dos pacientes que por meio dessa terapêutica são tratados de forma menos invasiva.



5. REFERÊNCIAS

BANDEIRA, M. F. C. L. *et al.* Estudo farmacológico preliminar de *Copaifera multijuga* (óleo de copaíba). *Jornal Brasileiro de Clínica & Estética em Odontologia*, v. 3, p. 39-41, 1999.

BRANDÃO, M. G. L. *et al.* Brazilian medicinal plants described by 19th century European naturalists and in the official Pharmacopoeia. *Jornal de Etnofarmacologia*, v. 120, p. 141-148, 2008.

DE SOUSA, A. R. D. *et al.* Linfoma cutâneo primário de grandes células B de apresentação atípica: relato de caso. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 86, n. 3, p. 549-551, 2011.

EVANGELISTA, S. S. *et al.* Fitoterápicos na odontologia: estudo etnobotânico na cidade de Manaus. *Revista brasileira de plantas medicinais*, v. 15, n. 4, p. 513-519, 2013.

FILHO, J. F. S.; CARONE, L. M. Linfoma cutâneo de células B. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 10, n. 3, p. 303-308, 2006.

JUIZ, P. J. L. *et al.* Uso de produtos naturais como coadjuvante no tratamento da doença periodontal. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, v. 20, n. 1, p. 134-139, 2010.

JUNIOR, V. F. *et al.* Chemical composition and anti-inflammatory activity of copaiba oils from *Copaifera cearensis* Huber ex Ducke, *Copaifera reticulate* Ducke and *Copaifera multijuga* Hayne. A comparative study. *Jornal de Etnofarmacologia*, v. 112, p. 248-254, 2007.

LEITE, R. B. *et al.* Avaliação clínica de bochechos com extratos de Aroeira (*Schinus terebinthifolius*) e Camomila (*Matricaria recutita* L.) sobre a placa bacteriana e a gengivite. *Revista Brasileira de Plantas Mediciniais*, v. 15, n. 1, p. 112-120, 2013.



MACHADO, A. C.; OLIVEIRA, R. C. Medicamentos Fitoterápicos na odontologia: evidências e perspectivas sobre o uso da aroeira-do-sertão (*Myracrodruon urundeuva* Allemão). *Revista Brasileira de Plantas Mediciniais*, v. 16, n. 2, p. 283-289, 2014.

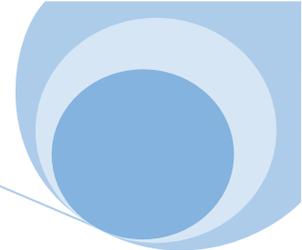
OLIVEIRA, A. C. M. *et al.* Emprego do óleo de *Melaleuca alternifolia* Cheel (*Myrtaceae*) na odontologia: perspectivas quanto à utilização como antimicrobiano alternativo às doenças infecciosas de origem bucal. *Revista Brasileira de Plantas Mediciniais*, v. 13, n. 4, p. 492-499, 2011.

PEREIRA, J. B. Atividade antimicrobiana do extrato hidro alcoólico da *Punica granatum* Linn. sobre microrganismos formadores de placa bacteriana. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 20, p. 265, 2004.

PEREIRA, V. J. *et al.* Efeito antibacteriano e antiaderente in vitro do extrato da *Punica granatum* Linn. sobre microrganismos do biofilme dental. *Brazilian Journal of Pharmacognosy*, v. 1, p. 88-93, 2006.

SIMÕES, C. A. C. G. Patente Brasileira nº PI0404266-2. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Propriedade Industrial, 2004.

VIEIRA, D. R. P. *et al.* Plantas e constituintes químicos empregados em Odontologia: revisão de estudos etnofarmacológicos e de avaliação da atividade antimicrobiana in vitro em patógenos orais. *Revista brasileira de plantas mediciniais*, v. 16, n. 1, p. 135-167, 2014.



Capítulo 5

PREPARAÇÃO PARA O PARTO COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM DURANTE O PRÉ-NATAL

Antônia T B Castro, Anna L M Mesquita & Maria A M da Silva

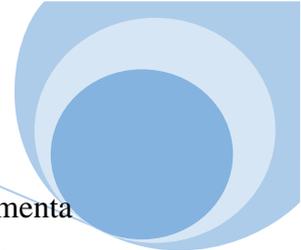
1. INTRODUÇÃO

O trabalho de parto é um conjunto de fenômenos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e a sua expulsão exterior, ocasionando o parto. O trabalho de parto divide-se em quatro diferentes estágios, são eles dilatação, período expulsivo, dequitação e puerpério imediato, tendo cada um características e tempos diferentes (VALADAS, PRESADO & MEDEIROS, 2016).

O parto configura-se com um evento natural na vida reprodutiva, representando um evento único e significativo na vida de uma mulher (VELHO, SANTOS & COLAÇO, 2014). Esse momento traz consigo diversas experiências que resultarão em lembranças de origem psicológicas, no qual podem ser reflexo de momentos bons ou ruins, a depender dos cuidados ofertados (SANTOS & RAMOS, 2010).

Nesse sentido, o pré-natal é um momento propício para fornecer orientações as gestantes acerca dos seus direitos no ciclo gravídico-puerperal, de modo à empoderá-las frente a condutas e procedimentos desnecessários durante o trabalho de parto e o parto, e assim proporcioná-las uma vivência humanizada e respeitosa (POHLMANN *et al.*, 2016).

O profissional enfermeiro, como um dos membros da equipe da atenção básica no pré-natal, é respaldado pelo decreto nº 94.406/87 que regulamenta a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, a prestar cuidados a gestante, por meio da prescrição de medicamentos padronizados pelo programa de pré-natal, solicitação de exames de acordo com o protocolo municipal e no desenvolvimento de atividades educativas individuais e em grupos (COFEN, 1987; BRASIL, 2012).



Nessa perspectiva, o plano de parto se configura com uma ferramenta educacional para a preparação do processo de parturição, através de discussões e fornecimento de informações durante as consultas de pré-natal (MEDEIROS *et al.*, 2019). Dessa forma, a assistência pré-natal prestada pelo enfermeiro é um momento propício para abordar assuntos pertinentes ao trabalho de parto e o parto.

Este estudo se justifica pela importância dos profissionais enfermeiros compreenderem através das evidências científicas quais os cuidados de enfermagem podem estar sendo fornecidos durante o pré-natal para preparar a mulher para o parto. Verifica-se a relevância da pesquisa na melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros em face da preparação para o parto.

Considerando a preparação para o parto como uma estratégia de cuidado de enfermagem durante o pré-natal, o estudo tem como objetivo analisar na produção científica os cuidados de enfermagem durante o pré-natal para a preparação do processo de parturição.

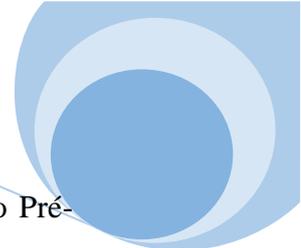
2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa desenvolvida nas Bases de Dados LILACS, BDNF e MEDLINE por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na Base de Dados SCOPUS através do Portal de Periódicos Capes, durante o mês de julho de 2019. A revisão integrativa sintetiza resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES, SILVEIRA & GALVÃO, 2008).

No presente estudo foram seguidas as seis etapas propostas por Mendes, Silveira & Galvão (2008), a saber: 1) Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3) Categorização dos estudos selecionados; 4) Avaliação dos estudos; 5) Interpretação dos resultados e 6) Apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

A pesquisa surgiu a partir da questão norteadora: “Quais os cuidados de enfermagem durante o pré-natal para o processo de parto?”.

Foi realizado o cruzamento dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e das palavras-chave em português, inglês e espanhol, utilizando os operadores booleanos: ("Plano de Parto" OR "Birth Plan" OR "Plan de Nacimiento") AND ("Cuidados de



Enfermagem" OR "Nursing Care" OR "Atención de Enfermería") OR ("Cuidado Pré-Natal" OR "Prenatal Care" OR "AtenciónPrenatal") OR ("Enfermagem Obstétrica" OR "Obstetric Nursing" OR "Enfermería Obstétrica"), resultando em 69 estudos na BVS, e 226 na SCOPUS.

Como critérios de inclusão foram utilizados estudos publicados entre 2015 a 2019, na língua portuguesa, inglesa e espanhola, que estivessem disponíveis na íntegra e que respondessem a questão da pesquisa, constituindo-se de 35 e 76 estudos na BVS e SCOPUS, respectivamente. Como critérios de exclusão, materiais duplicados e que não condiziam com a questão da pesquisa. Assim, a amostra final foi constituída por 8 estudos, onde foram lidos e analisados na íntegra.

Ressalta-se a não necessidade do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) neste estudo, tendo em vista que a resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 dispensa o parecer em revisões.

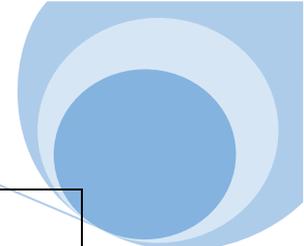
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise da produção científica sobre os cuidados de enfermagem durante o pré-natal para a preparação no processo de parturição, foram selecionados oito artigos para a construção desta revisão. Os artigos foram organizados e apresentados no quadro abaixo.

Quadro 1. Distribuição das informações de identificação sobre as produções científica. Sobral, CE, 2020.

Número do estudo	Título do estudo	Tipo de estudo	Autores/Ano	Objetivo
A1	Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição	Revisão integrativa	Medeiros, R.M.K; Figueiredo,G; Correa, A.C.P; Barbieri, M/2019	Analisar as repercussões da utilização do Plano de Parto no processo de parturição a partir da produção científica nacional e internacional.
A2	Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que	Estudo qualitativo	Santos, F.S.R; Souza, P.A.; Lansky, S; Oliveira, B.J; Matozinhos,	Analisar a percepção das mulheres que realizaram o

	participaram da Exposição Sentidos do Nascer		F.P; Abreu, A.L.N; Souza, K.V; Pena, E.D/2019	plano de parto sobre a experiência de parto, os significados do plano de parto, seus elementos constituintes e a relação do plano de parto com o trabalho de parto e parto
A3	Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado	Estudo de coorte quantitativo, transversal, observacional descritivo comparativo	Suárez-Cortés,M; Amero-Barranco, D; Canteras-Jordana, M; Martínez-Roche, M.E/2015	Conhecer, analisar e descrever a situação atual dos Planos de Parto e Nascimento no contexto estudado, comparando o processo de parto e sua finalização entre as mulheres que apresentaram e as que não apresentaram um Plano de Parto e Nascimento.
A4	Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino	Estudo exploratório qualitativo	Mouta, R.J.O; Silva, T.M.A; Melo, P.T.S; Lopes,N.S; Moreira, V.A/2017	Analisar como o plano de parto propiciou o empoderamento feminino durante o trabalho de parto e parto.
A5	Humanização no processo de parto e nascimento: implicações do plano de parto	Pesquisa exploratória, descritiva de abordagem qualitativa	Rodrigues, M.S/2017	Analisar as contribuições da realização do plano de parto, construído em uma roda de conversa, para o fortalecimento da autonomia da mulher no processo de parto e nascimento
A6	Plano de parto em rodas de conversas: escolha das mulheres.	Estudo descritivo exploratório	Gomes, R.P.C; Silva, R.S; Oliveira, D.C.C; Manzo, B.F; Guimarães,G.L; Souza, K.V 2017	Caracterizar os desejos e expectativas de gestantes descritos em um plano de parto
A7	Birthpreparednessand complicationreadiness(BPCR) amongpregnantwomen in hard-to-reachareas in	Pesquisa transversal	Moinuddin, Md; Christou, A; Hoque, D.Md.E; Tahsina, T; Salam, S.S; Billah, Sk.M; Kuppens,L; Matin, Md.Z;	Descrever os níveis de preparação para o parto e a prontidão para complicações entre mulheres



	Bangladesh		Arifeen, S.E 2017	
A8	Birth Preparedness and Complication Readiness - A Qualitative Study Among Community Members in Rural Tanzania	Estudo qualitativo	August, F; Pembe, A.B; Kayombo, E; Mbekenga, C; Axemo, P; Darj, E 2015	Explorar as percepções, experiências e desafios enfrentados pela comunidade em relação à BP / CR.

Preparar a mulher para o parto ao longo do pré-natal, através da realização de um plano de parto, ocasiona repercussões positivas no processo parturitivo, e nos desfechos materno-infantis. No entanto, as mulheres podem gerar expectativas, não compatíveis com a realidade, o que expõe a condições de insatisfação. Dessa maneira, o enfermeiro, como prestador de cuidados, é fundamental apoiar na elaboração do plano, de modo coerente, considerando a condição clínica, e a realidade do serviço de saúde que a mulher almeja parir (MEDEIROS *et al.*, 2019).

O fornecimento de informação acerca dos procedimentos desnecessários que podem ser praticadas pelos profissionais durante o trabalho de parto e o parto, se configuram como estratégias para prevenir a violência obstétrica, visto que, em um estudo que objetivou analisar a percepção das mulheres que realizaram o plano de parto, constatou-se que as orientações proporcionadas antes do momento do parto, influenciaram significativamente para as experiências das mulheres, que evidenciaram segurança, calma, e autonomia para escolher alguma intervenção que julgasse necessário (SANTOS *et al.*, 2019).

Frente ao exposto, pode-se concluir, que viabilizar orientações quanto os métodos não-farmacológicos, como o uso da bola, deambulação, banho de imersão e aspersão, massagens lombares e os procedimentos prejudiciais, como manobra de kristeller, toques vaginais constantes e episiotomia, possibilita a parturiente alívio da dor, se proteger de técnicas invasivas, e assim sentir-se mais segurança, empoderada e menos ansiosa.

Um estudo que objetivou comparar as mulheres que apresentaram e as que não apresentaram o plano de parto e nascimento, constatou-se a relação positiva entre o plano e o aumento de boas práticas, como o “contato pele a pele”, “clampeamento tardio do cordão” e taxa de “partos normais”, fatores estes, que influenciam positivamente nos resultados materno-infantis (SUÁREZ-CORTÉS *et al.*, 2015).



Nesse sentido, é papel do enfermeiro apresentar o plano de parto a gestante, como também auxiliá-la na construção, sanando dúvidas, explicitando o que é importante e fundamental para que o trabalho de parto e parto ocorra de forma humanizada e natural. Isso se corrobora, a partir de um estudo, que certificou o empoderamento, liberdade, confiança e respeito de puerpéras que construíram o plano de parto durante o pré-natal, dessa maneira, desconstruindo o modelo hospitalocêntrico, no qual o médico é protagonista do parto (MOUTA *et al.*, 2017).

Em vista disso, o desenvolvimento de atividades educativas, em rodas de conversa com gestantes com o fornecimento de informações baseada em evidências científicas, sobre a fisiologia do corpo da mulher, processo de parto e nascimento, procedimentos necessários e desnecessários na maternidade e os direitos da gestante, se constituem como apoio dos profissionais (RODRIGUES, 2017).

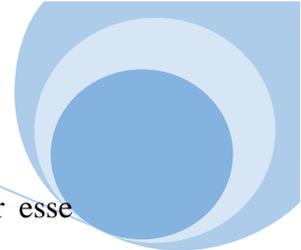
Assim, essa constatação é confirmada, por um estudo que permitiu conhecer as principais escolhas de gestantes para o parto, através do preenchimento de um plano de parto por elas durante rodas de conversas. Foram desatacados o desejo de ser acompanhada pelo pai do recém-nascido, parir em um ambiente com baixa luminosidade e fazer o uso da banheira ou chuveiro, a fim de aliviar as dores das contrações (GOMES *et al.*, 2017).

Desse modo, no que concerne os direitos da gestante, enfatizar sobre o direito de conhecer a maternidade antes do momento do parto, conforme a Lei nº 11.634, e o direito ao acompanhante, segundo a Lei 11.108, propicia a gestante vivenciar a parturição de maneira ativa, e com poder de escolha.

Diante disso, resultados demonstraram a baixa preparação para o parto e prontidão de complicações, entre mulheres de Bangladesh. Dessa maneira, o atendimento que incorpore informações e busca de complicações no parto é significativo para um parto seguro, redução de mortes maternas e neonatais, e o entendimento das mulheres quanto o local que a mesma deve procurar atendimento (MOINUDDIN *et al.*, 2017).

Isto posto, é importante que os profissionais de saúde, forneçam orientações adequadas sobre alguns sinais de perigo, como sangramento vaginal excessivo e ruptura de membranas, o início e a progressão do trabalho de parto, bem como educar a família para que saiba atuar frente as situações relacionadas ao parto (AUGUST *et al.*, 2015).

Frente a esses achados, conclui-se que a figura do profissional enfermeiro, é fundamental para a preparação da mulher ao longo das consultas de pré-natal, uma vez



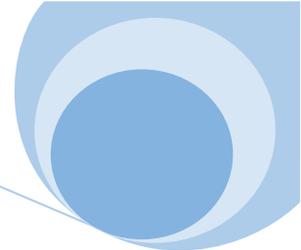
que, o mesmo está mais próximo da gestante, logo, torna-se essencial abordar esse assunto previamente, para que assim a mulher esteja preparada e instituída perante as eventualidades do trabalho de parto e o parto.

4. CONCLUSÃO

Portanto, orientações durante o pré-natal influencia positivamente no processo parturitivo. Sendo assim, se faz necessário o incentivo e a inclusão rotineira na prática assistencial, tornando-se imprescindíveis enfermeiros capacitados e sensibilizados para elaborar e efetivar esse planejamento.

Em suma, o presente estudo apresenta como limitação a escassez de publicações disponíveis na íntegra, relacionados aos cuidados de enfermagem durante o pré-natal para o processo do parto. Dessa maneira, sugere-se o desenvolvimento de mais estudos sobre essa temática, sobretudo sob o enfoque da prática do enfermeiro, o que contribui para um cuidado baseado em evidências científica e maior visibilidade e reconhecimento do próprio profissional nesse contexto.

Contudo, espera-se que esta revisão possa estimular os profissionais aplicar esses cuidados, e assim contribuir diretamente para a prática assistencial do enfermeiro no pré-natal, visto que o mesmo desempenha importante papel no cuidado prestando a gestante.



5. REFERÊNCIAS

AUGUST, F. *et al.* Birth preparedness and complication readiness – a qualitative study among community members in rural Tanzania. *Journal Global Health Action*, v. 8, n.1, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1º edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
Acesso em 20 de janeiro de 2020

COFEN. Decreto N 94. 406/87. Regulamenta a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Brasília, 1987. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html
Acesso em 20 de janeiro de 2020

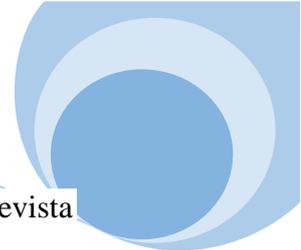
GOMES, R. P. C. *et al.* Plano de parto em rodas de conversas: escolha das mulheres. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 21, 2017.

MEDEIROS, R. M. K. *et al.* Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, p. 1-12, 2019.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidencias na saúde e na enfermagem. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. v. 17, n. 4, p 758-64.

MOUTA, R. J. O. *et al.* Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 31, n. 4, p 1-10, 2017.

MOINUDDIN, M. D. *et al.* Birth preparedness and complication readiness (BPCR) among pregnant women in hard-to-reach areas in Bangladesh. *PlosOne*, p. 1-19, 2017.



POHLMANN *et al.* Modelo de assistência pré-natal no extremo sul do país. Revista Texto & Contexto-Enfermagem, v. 25, n. 1, p 1-8, 2016.

RODRIGUES, M. S. Humanização no processo de parto e nascimento: implicações do plano de parto. 2017. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ANDOAQCL2R/1/milene_silva_rodrigues.pdf Acesso em 22 de janeiro de 2020

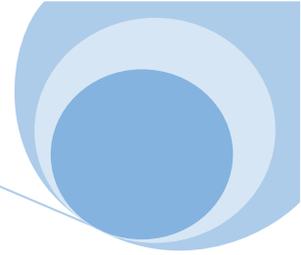
SANTOS, R. B.; RAMOS, K. S. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. Revista Brasileira de Enfermagem, v 65, n 1, p 13-18, 2012.

SANTOS, F. S. R. *et al.* Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. Caderno de Saúde Pública, v. 35, n. 6, 2019.

SUAREZ-CORTES, M. *et al.* Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. Revista Latino-Am. Enfermagem, v. 23, n. 3, p. 520-526, 2015.

VALADAS, S. C. I; PRESADO, M. H. C. V; MEDEIROS, M. A. O enfermeiro especialista na promoção do conforto da parturiente. 2016. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2016. Disponível em: <https://core.ac.uk/display/92215408> Acesso em 8 de Dezembro de 2019

VELHO, M. B; SANTOS, E. K. A; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n. 2, p 282-289, 2014.



Capítulo 6

EPIDEMIOLOGIA DA MENINGITE VIRAL DE CASOS NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE TERESINA/PIAUÍ/BRASIL ENTRE 2016 E 2018

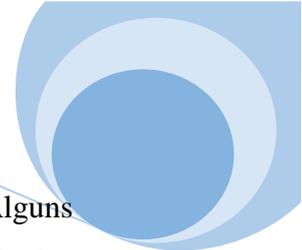
Antonio B do N Rodrigues, Lucas R Uchôa, Rayane M M Monteiro, Antonio C M Barros, Caroline R de Almeida, Kayra C Guimarães, Lucas Ananias, Helen C V Pires, Thalia M de S Soares, Almir O dos Santos, Fernanda M A Sampaio, Maria Andréia A Borges, José M da S Santos, Davi José S da Costa & Marineide R Do Amorim

1. INTRODUÇÃO

A meningite está inserida num grupo de doenças infectocontagiosas, sendo caracterizada pela inflamação das meninges e tem como agentes etiológicos alguns vírus e bactérias (PAIM *et al.*, 2019). Apresenta uma epidemiologia endêmica no Brasil, onde alguns casos podem evoluir para quadros bem graves, levando ao óbito dos doentes. Gomes *et al.* (2019) destaca que os sintomas mais comuns são convulsões, delírio, tremores e coma. Todavia, essas manifestações apresentam variações epidemiológicas, relacionadas a seu agente etiológico. As meningites de etiologia viral podem estar associadas à cefaleia, febre e sinais de irritação meníngea como rigidez de nuca (FILHO; MOREIRA, 2019).

Os principais agentes etiológicos virais são os enterovírus, no qual a transmissão ocorre através da invasão das vias respiratórias ou do contato com fezes infectadas (OLIVEIRA *et al.*, 2020). De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2006) ela também pode ser causada pelo vírus da caxumba, do herpes, da varicela, do sarampo, da rubéola, dos Arbovírus e dos Adenovírus.

A meningite viral, é mais comum em crianças do sexo masculino, entretanto, já foram registrados casos em outras faixas etárias (SAO PAULO, 2006). Sua manifestação geralmente é benigna e não evolui para quadros mais graves. Entretanto, ainda afeta de forma negativa a qualidade de vida dos doentes. O estudo epidemiológico



da meningite viral é de grande importância para a saúde pública no Brasil. Alguns estados do Nordeste apresentam uma alta taxa de incidência dessa doença viral. Por exemplo, Fontes (2019) ressalta a necessidade da realização de outras pesquisas sobre meningite no estado do Piauí, pois em toda sua investigação, encontrou poucos dados sobre a doença. Nessa perspectiva, o presente estudo objetivou analisar a frequência de casos de meningite viral notificados no município de Teresina/PI entre 2016 e 2018.

2. MÉTODO

Esse estudo foi basicamente um levantamento de dados, com abordagem descritiva e quantitativa, realizada com dados secundários obtidos através da plataforma digital do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que utiliza dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Durante o período de pesquisa foram avaliados os casos notificados de meningite viral no município de Teresina/ PI entre os anos de 2016 e 2018. Os dados obtidos foram comparados de acordo com o sexo, faixa etária e evolução do quadro clínico do paciente. A elaboração dos gráficos e tabelas foram realizados com o apoio do programa Microsoft Excel. Através da análise dos dados foi caracterizado o perfil epidemiológico dos casos notificados, durante o período estudado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

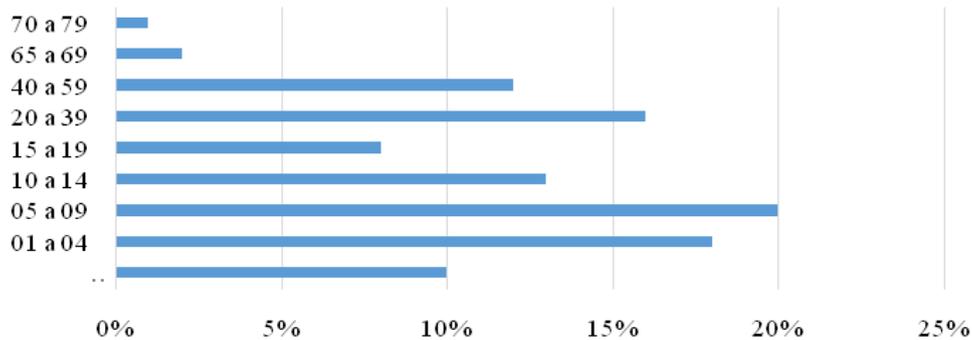
Foram notificados o total de 135 casos de meningite viral, durante o período estudado no município. Notou-se que cerca de 61% das notificações foram em indivíduos do sexo masculino e 39% do sexo feminino. Resultado semelhante foi obtido por Gomes *et al.* (2019), ao estudar o perfil epidemiológico dos casos de meningite viral no estado do Piauí. Observaram que a doença se manifesta com maior frequência em pessoas do sexo masculino.

Os dados obtidos a partir desse estudo revelam que há uma maior incidência em crianças com idade entre 5 e 9 anos, o que corresponde a cerca de 20% das notificações (Gráfico 1).

Resultados semelhantes foram apontados por Colman e Reda (2019), em sua pesquisa no município de Porto Nacional (TO). Eles apontaram também que a maior

parte dos casos notificados no município foram em crianças entre 5 e 9 anos. Notou-se ainda uma incidência de cerca de 18% dos casos em crianças entre um e quatro anos.

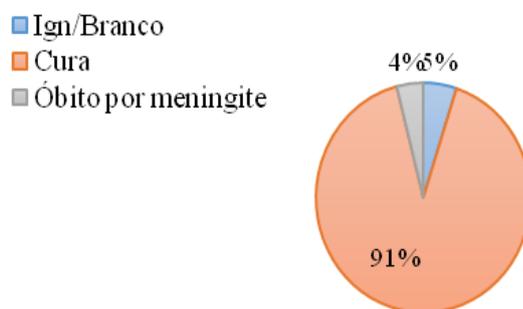
Gráfico 1. Percentual dos notificados de meningite viral por faixa etária dos casos no município de Teresina/PI entre 2016 e 2018.



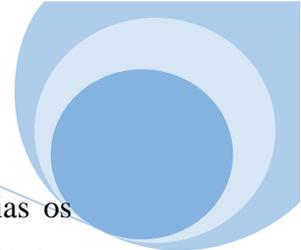
Fonte: SINAN (2020).

Outro fato alarmante é que cerca de 10% dos casos foram observados em crianças com menos de um ano. Entretanto, esse resultado difere do obtido por Oliveira *et al.* (2020), que identificaram a maior parte dos casos em pessoas com faixa etária entre 20 e 39 anos, representando que o perfil epidemiológico dos casos pode variar de acordo com a região. Notando-se a importância desse estudo, ao ter informações sobre as características epidemiológicas de cada região é possível trabalhar de forma mais eficiente as políticas públicas de diminuição da incidência.

Gráfico 2. Evolução do quadro clínico de pacientes com meningite viral em Teresina/PI, entre 2016 e 2018.



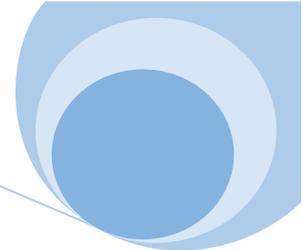
Fonte: SINAN (2020).



Dos casos de meningite diagnosticados, em cerca de 91% das incidências os doentes foram curados e receberam alta (Gráfico 2). Entretanto, observou-se que 5% das notificações resultaram no óbito do paciente, sendo que em 4% dos casos não houve o devido acompanhamento. Assim fica evidente que a maior parte dos casos notificados são curados, não havendo o agravamento da doença. O mesmo foi observado por Shimabukuro *et al.* (2019). Todavia, ele ressalta que esse fato, pode ocorrer pela ausência de políticas públicas de saúde que dêem atenção e tratamento às pessoas infectadas.

4. CONCLUSÃO

Por fim, a pesquisa constatou que a maior parte das notificações de meningite viral em Teresina foram verificadas em crianças com faixa etária entre 5 e 9 anos do sexo masculino, onde em alguns casos os pacientes vieram a óbito. Diante disso, fica evidente a importância da implementação de estudos epidemiológicos regionais, pois partir deles é possível elaborar políticas de saúde pública mais eficientes.



5. REFERÊNCIAS

COLMAN, V. P.; REDA, N. Aspectos epidemiológicos da meningite no município de Porto Nacional (TO) no período de 2014 a 2018. *Scire Salutis*, v. 9, n. 2, p. 49-59, 2019.

FILHO, A. M. R. C.; MOREIRA, A. S. S. Meningites e Encefalites de Etiologia Viral. *Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis*, v. 3, n. 1, p. 85-95, 2019.

FONTES, F. L. L. *et al.* Meningite em um estado do Nordeste brasileiro: descrição das características epidemiológicas em um período de 11 anos. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 25, n. 25, p. e628-e628, 2019.

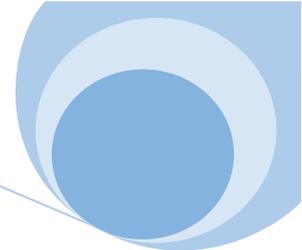
GOMES, L. S. *et al.* Aspectos epidemiológicos das meningites virais no estado do Piauí no período de 2007 a 2017. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 11, n. 10, p. e433-e433, 2019.

OLIVEIRA, E. H. *et al.* Meningitis: epidemiological aspects of reported cases in the state of Piauí, Brazil. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 2, p. 1-16, 2020.

PAIM, A. C. B.; GREGIO, M. M.; GARCIA, S. P. Perfil epidemiológico da meningite no estado de Santa Catarina no período de 2008 a 2018. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 48, n. 4, p. 111-125, 2019.

SÃO PAULO (Estado). SECRETARIA DE SAÚDE. Meningites virais. In: SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Saúde, *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 4, p. 748-750, 2006.

SHIMABUKURO, S. N. *et al.* Situação epidemiológica da meningite em município da região sul do Brasil com foco na etiologia mais comum. *Fag Journal of Health (FJH)*, v. 1, n. 4, p. 38-43, 2019.



Capítulo 7

CONTAGEM DE COLIFORMES, BOLORES E LEVEDURAS EM MÉIS DE ABELHA *Apis mellifera* COMERCIALIZADOS EM TERESINA-PI

Eveny S Melo, Karina S Rodrigues, Cristiane E Lima, Isabel C P Lima, Gabriella Pacheco, Marília S Sousa, Artur S Costa, Maria P S Nascimento, Rafael G A Bacelar, José H S Filho, Gilmar F Dias, Juliana A Ianiceli, João F S Júnior, Victor L F Tôrres, Eldo J R Santos, Maria M G P Nóbrega & Maria C S Muratori

1. INTRODUÇÃO

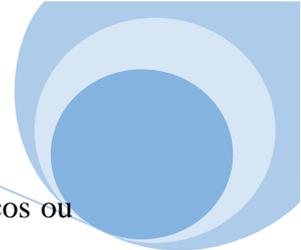
As abelhas são insetos sociais que vivem em colônias, sendo a espécie *Apis mellifera* L. considerada como principal produtora do mel comumente utilizado para consumo humano (SOUZA *et al.*, 2009).

Resultante do processamento do néctar das flores e de outras partes extraflorais pelas abelhas, o mel é um produto natural amplamente consumido devido ao seu sabor agradável, por ser uma importante fonte de energia e ainda pelas inúmeras propriedades terapêuticas que desenvolve (SNOWDON, 1999).

O mel pode ser fluido ou sólido, e varia conforme a variedade da composição do néctar de cada espécie vegetal produtora, a temperatura na qual o mel amadurece na colmeia e o conteúdo da água. No interior das colmeias a temperatura é de 35 °C, por isso no envasamento do mel em recipientes, deve-se trabalhar próximo a esta temperatura, para que as propriedades sejam preservadas (MARCHINI *et al.*, 2005).

Embora seja um produto que, por suas características físicas e químicas, apresente elevado grau de resistência à contaminação, a mesma pode ser causada pela microbiota da própria *Apis mellifera*, falta de higiene na extração e beneficiamento (SNOWDON & CLIVER, 1996; ANANIAS, 2010).

As características microbiológicas do mel estão relacionadas à qualidade e a segurança deste alimento e como é um produto usualmente consumido *in natura*, cuidados durante a colheita e extração devem ser considerados, uma vez que processos



subsequentes não são capazes de eliminar ou reduzir micro-organismos patogênicos ou deteriorantes existentes no mesmo (SILVA *et al.*, 2008).

Os microrganismos de importância microbiológica no mel são primariamente leveduras, fungos filamentosos e bactérias formadoras de esporos, sendo a realização de análises microbiológicas importantes para a fiscalização deste alimento, protegendo o consumidor na aquisição de produtos de baixa qualidade e alto risco (GOMES, 2006).

No Brasil existe uma legislação específica para mel (BRASIL, 2000), a qual estabelece parâmetros de controle de qualidade para o produto, com indicação das análises e métodos a serem empregados. No entanto, a atual legislação brasileira não contempla as características microbiológicas aceitáveis para o produto, sendo os únicos valores de referência estabelecidos pela RDC 012 da ANVISA (BRASIL, 2001) e constituindo na contagem de bolores e leveduras, e verificação da presença de coliformes a 35 °C e coliformes a 45 °C. (SOUZA *et al.*, 2009).

Este trabalho objetivou avaliar a qualidade microbiológica de méis de abelha à venda em estabelecimentos de Teresina-PI.

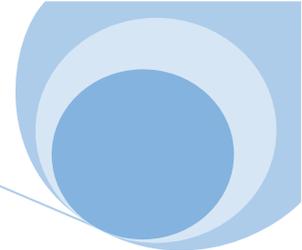
2. MÉTODO

As amostras de mel foram coletadas em supermercados da cidade de Teresina, totalizando 15 amostras de 5 marcas diferentes.

Para a contagem de coliformes a 35 °C e *Escherichia coli* 1 mL das amostras foram diluídos em tubos com água peptonada. Em seguida, 1 mL desta diluição foi transferido para placas de Petrifilm®, seguindo para incubação em estufa a 37 °C, por 24 h e posterior leitura.

Para a quantificação de fungos filamentosos e leveduriformes foram transferidas alíquotas de diluições seriadas até 10^{-3} , com 0,1 mL, respectivamente, para placas com Dicloran Rosa Bengala Clorafenicol (DRBC), incubadas em estufa de 25 °C, por 7 dias.

Foi realizada ainda, contagem de aeróbios mesófilos, onde semeou-se 1 mL de cada diluição em ágar padrão para contagem com incubação a 35 °C por 48 horas.



3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os Métodos Oficiais de Análise da AOAC International o mel deve apresentar ausência de coliformes termotolerantes e no máximo 10 UFC/g para coliformes totais. Todas as amostras apresentaram ausência *E. coli*, já para coliformes a 35 °C foram observadas contagens próximas a 3 UFC/g, estando todas em acordo com o estabelecido. A composição físico-química do mel explica esses resultados, sendo esta determinante para qual microrganismo será capaz ou não de se desenvolver (SILVA, 2000; SEREIA, 2005).

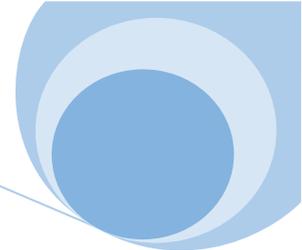
Na contagem de bolores todas as amostras apresentaram resultados satisfatórios, entretanto resultados de 6×10^2 foram observados em duas amostras no parâmetro de leveduras, estando em desacordo com o limite máximo permitido de 100 UFC/g. A origem dos fungos e leveduras no mel muitas vezes é de ocorrência natural. Segundo Gilliam (1997), muitos destes microrganismos são ainda desconhecidos, e podem estar naturalmente associados às abelhas representando uma microflora não patogênica.

Para aeróbios mesófilos os resultados obtidos variaram entre $<1,0 \times 10^1$ e $4,63 \times 10^2$ UFC/g, não ultrapassando o limite máximo permitido de 5000 UFC/g. Os resultados observados apresentaram-se dentro dos parâmetros estabelecidos e aceitos pelos órgãos oficiais e pela comunidade científica, atestando a qualidade dos méis avaliados.

Foram encontradas amostras com resultados acima do permitido para leveduras, entretanto estas muitas vezes podem estar naturalmente neste produto sendo associadas às abelhas e representando uma microflora não patogênica.

4. CONCLUSÃO

Os resultados observados apresentaram-se dentro dos parâmetros estabelecidos e aceitos pelos órgãos oficiais e pela comunidade científica, atestando a qualidade dos méis avaliados. Entretanto foram encontradas amostras com resultados acima do permitido para leveduras, que muitas vezes podem estar naturalmente neste produto sendo associadas às abelhas e representando uma microflora não patogênica, o que sugere a realização de novas análises afim de determinar se são naturais das amostras em questão ou fruto de contaminações.



5. REFERÊNCIAS

ANANIAS, K. R. Avaliação das condições de produção e qualidade de mel de abelhas (*Apis mellifera* L.) produzido na microrregião do Pires do Rio, no Estado de Goiás. 2010. 70f. Dissertação (Mestrado em Ciência e Tecnologia de Alimentos), Escola de Agronomia e Engenharia de Alimentos - Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2010.

BRASIL. Ministério da Agricultura. Instrução Normativa n.11, de 20 de outubro de 2000. Regulamento técnico de identidade e qualidade do mel. Diário Oficial, Brasília, 23 out. 2000, Seção 1, p. 23. 2000.

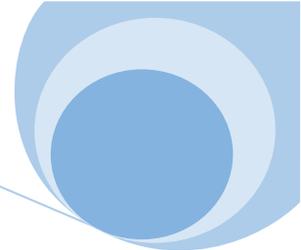
BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC 12, de 02 de janeiro de 2001. Regulamento técnico sobre padrões microbiológicos para alimentos. 2001.

GILLIAM, M. Identification and roles of non-pathogenic microflora associated with honey bees. *FEMS Microbiology Letter*, v. 155, n. 1, p. 1-10, 1997.

GOMES, L. P. Contaminação bacteriana em amostras de méis de *Apis mellifera* L. comercializados no Estado do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Microbiologia Veterinária) – Departamento de Microbiologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica. 46 p., 2006.

MARCHINI, L. C.; MORETI, A. C. C. C.; OTSUK, I. P. Análise de agrupamento, com base na composição físico-química, de amostras de méis produzidos por *Apis mellifera* L. no estado de São Paulo. *Ciência e Tecnologia de Alimentos*, v. 25, n. 1, p. 8-17, 2005.

SEREIA, M. J. Caracterização físico-química, microbiológica e polínica de amostras de méis orgânicos e não orgânicos produzidos por *Apis mellifera* L. (Hymenoptera: Apidae). 2005. 115f. Dissertação (Mestrado em Zootecnia – Produção Animal) Programa de Pós-graduação em Zootecnia, Universidade Estadual de Maringá.



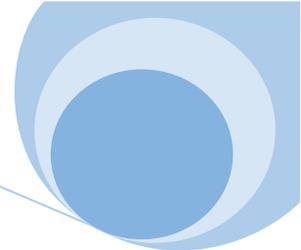
SILVA, J. A. Tópicos da tecnologia dos alimentos. São Paulo: Varela, 2000. 227 p.

SILVA, M. B. L. *et al.* Qualidade microbiológica de méis produzidos por pequenos apicultores e de méis de entrepostos registrados no serviço de Inspeção Federal no estado de Minas Gerais. Alimentos e Nutrição, v. 19, n. 4, p. 417-420, 2008.

SNOWDON J. A.; CLIVER D. O. Microorganisms in honey. International Journal of Food Microbiology, v. 31, p. 1-26. 1996.

SNOWDON, J. A. The microbiology of honey - meeting your buyers specifications (Why they do what they do). American Bee Journal, v. 139, n. 1, p. 51-59, 1999.

SOUZA, B. A. *et al.* Avaliação microbiológica de amostras de mel de trigoníneos (Apidae: Trigonini) do Estado da Bahia. Ciência e Tecnologia dos Alimentos, v. 29, n. 4, p. 798-802, 2009.



Capítulo 8

CONCEPÇÕES DOS PROFESSORES SOBRE A INCLUSÃO DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA NAS AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Jhonata de C Ribeiro, Francisco E da S Júnior, Eduardo B A de Lima, Simone R Rocha,
Gislene Cristiene M Tôres & Mara J M Costa

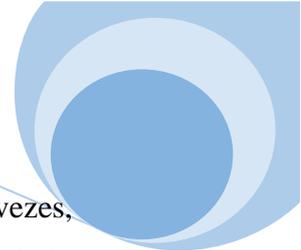
1. INTRODUÇÃO

Historicamente, a inclusão da pessoa com deficiência (PD) sempre encontrou dificuldades, pois num primeiro momento a sociedade tratava as PDs com meios meramente assistenciais para favorecer a sua qualidade de vida, com isto, aumentando a sensação de bem-estar da PD. Com o tempo, foi surgindo outra fase em que os aspectos médicos e psicológicos foram relevantes para a inclusão das PDs na sociedade. Mas isto não era o suficiente para ser tratada com inclusão. Então, vivenciamos outros momentos históricos em que a PD passou a adquirir mais direitos, principalmente o direito a educação. Logo foram criadas escolas de educação especial paralelas ao sistema de ensino regular. Mas, atualmente, vemos que nas salas de aulas há alunos com necessidades especiais que têm direito de receber o ensino regular (MANTOAN, 2002).

Mesmo com a obrigatoriedade imposta pelas leis, que preconizam a garantia de inclusão na escola para crianças com necessidades especiais (BRASIL, 1996), ainda se observam obstáculos nesta modalidade, pois as escolas ainda pregam a cultura assistencialista e terapêutica do indivíduo com necessidade especial (MANTOAN, 2013). Mas isto não é o principal problema, a lentidão com que a inclusão está ocorrendo nas escolas tem sido outra barreira para a inclusão das PDs.

O que falta no ambiente escolar são mais debates e discussões sobre o cotidiano escolar, pois os professores queixam-se da falta de preparo e informação sobre o tema (STELLA & SERQUEIRA, 2013).

Outra dificuldade é a família, porque tem receio de seus filhos não conseguirem se desenvolver corretamente. Mesmo com todo o apoio dos professores, os pais se



sentem incapazes de incluir seu filho na sociedade, e depositam, na maioria das vezes, expectativas na escola. É necessária uma modificação de toda a realidade da sociedade para a inclusão da criança com necessidade especial (SILVEIRA & NEVES, 2006).

Os professores precisam transformar suas concepções das aulas, pois devem destruir as aulas elitistas, meritocráticas e homogêneas (MANTOAN, 2013) e acolher todos os alunos, aceitando e trabalhando em torno de suas diferenças (STELLA & SERQUEIRA, 2013) para formar cidadãos.

Nas aulas de educação física não deve ser diferente. Têm-se notado que aulas com fins esportivos não têm ajudado a incluir os alunos, mesmo os que não possuem necessidades especiais (CARVALHO & ARAÚJO, 2018). No entanto, a educação física pode fornecer às PDs um enorme número de possibilidades de experiências corporais, nas quais os indivíduos podem perceber que suas limitações não são empecilho para as práticas nas aulas de educação física (SIQUEIRA & CHICON, 2016). Implantando os conteúdos de forma lúdica, poderão proporcionar maior riqueza nas aulas favorecendo a inclusão de todos os alunos (CARVALHO & ARAÚJO, 2018).

Diante da necessidade de uma inclusão mais efetiva no âmbito escolar, quais concepções os profissionais atuantes na área devem ter? De que maneira estão aperfeiçoando suas práticas e como estão aplicando nas aulas?

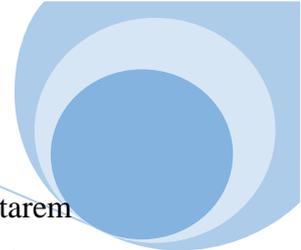
2. MÉTODO

2.1. Caracterização do estudo

A pesquisa é de cunho qualitativo, uma vez que se usou o método analítico. Os dados foram coletados através de questionário com perguntas abertas e fechadas e analisados a partir da tríade: autores lidos, discussões sobre o tema e as vivências e experiências dos autores enquanto professores de Educação Física.

2.2. População e amostra

A população foi composta de 10 professores, sendo seis do sexo feminino e quatro do sexo masculino, com idades entre 25 a 46 anos. A amostra foi retirada em escolas da rede pública de ensino da cidade de Teresina – PI.



Os critérios de inclusão foram: serem professores de Educação Física e estarem atuando na área escolar. Os critérios de exclusão foram: não ter respondido o questionário e não estar presente no dia da avaliação.

2.3. Procedimento para coleta e análise dos dados

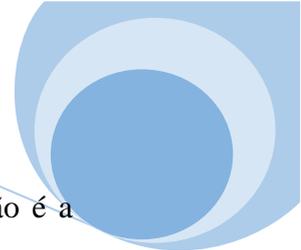
No primeiro momento, foi explicado aos professores o motivo da pesquisa. Depois, foram distribuídos os questionários para que os professores interessados pudessem ler e responder.

Feito isso, os professores entregaram em outro momento o questionário, a fim de se obter informações acerca da inclusão da criança/adolescente nas aulas de Educação Física em escolas públicas de Teresina.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na questão 4 do questionário, os professores apresentaram atuação na área em torno de três meses a 16 anos com adolescentes especiais, em que 50% destes atuam na área de educação especial, num período entre seis a 16 anos; 40% atuam entre dois a cinco anos e 10% não atuam na escola. Nas questões 05 e 06, 09 professores possuem pós-graduação de áreas diversas e, apenas seis realizaram capacitação na área de inclusão e deficiência. Com a capacitação na área há a possibilidade de desenvolvimento da consciência de inclusão dos professores proporcionando melhores práticas (STELLA & SERQUEIRA, 2013; SILVEIRA & NEVES, 2006; ROSA, 2018).

Nas questões 8 e 9, os professores se deparam com alunos que apresentam algum tipo de deficiência ou síndrome. São alunos com paralisia cerebral, síndrome de Down, autismo, hiperatividade, microcefalia, deficiência intelectual, entre outros. Destes cinco professores, da mesma escola, relataram que quando os alunos entram na escola, eles são avaliados e acompanhados por uma equipe pedagógica, com o intuito de conhecê-lo melhor, bem como suas habilidades. Entretanto, os demais professores não relataram qualquer forma de avaliação da condição dos novos alunos. Depois de conhecer o aluno, os considerados “mais ativos” são encaminhados para a prática de Educação Física e/ou dança, com o objetivo de desenvolverem a coordenação motora, equilíbrio, agilidade, força, trabalho cooperativo e em equipe, sempre de forma lúdica.



Segundo De Carvalho & De Araújo (2018), um ponto fundamental para inclusão é a forma lúdica que trabalha com os conteúdos de forma divertida e atrativa.

Os alunos interagem em trabalho coletivo no dia do desporto em que jogam futsal e queimada. Os “menos ativos” são incluídos aos poucos nas atividades e, dependendo da aceitação deles, que pode variar devido às suas deficiências, eles permanecem ou não nas práticas.

Nas questões 10 e 11, as atividades são todas adaptadas a individualidade de cada aluno e nenhum professor acha difícil trabalhar com esse aluno porque, segundo eles, muitos têm facilidade de aceitar as regras, são tranquilos, obedientes e interagem com êxito nas atividades. Em contradição, ao que é encontrado na literatura, para Stella e Serqueira (2013), os professores encontram dificuldades em incluir os alunos com deficiências nas aulas e os que não conseguem acompanhar o desenvolvimento regular.

Na questão 12, quando foi questionado de que forma é feita a avaliação, os professores responderam: Através do desenvolvimento motor individual, no decorrer das atividades; observando a realização e execução das atividades e intervindo quando necessário para o melhor desenvolvimento dos alunos; avaliam a desenvoltura de cada aluno durante as atividades e criando a consciência que cada atividade pode melhorar a qualidade de vida desses alunos; e a interação entre os outros alunos. Vale destacar que um professor citou que aplica avaliações teóricas, mas os alunos são de mediano abaixo rendimento, e explica que seria por causa das limitações intelectuais. Segundo Alves & Fiorini (2018), a avaliação deve ser realizada de forma observacional, analisando os aspectos cognitivos e motores não só durante as aulas, mas no dia a dia escolar.

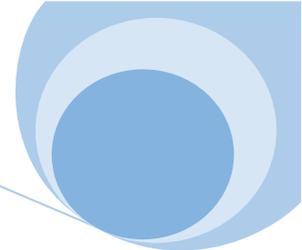
4. CONCLUSÃO

Com base nos dados, podemos afirmar que a maioria dos professores possui especialização, mas em outras áreas da educação física. Metade dos professores têm experiência entre seis a 16 anos, lecionando com pessoas com deficiência. Com isto, grande parte dos avaliados realizaram capacitação na área por causa da necessidade de trabalhar com os alunos com deficiência.

Como também, os professores não tiveram dificuldade de aplicar suas aulas, pois afirmam que os alunos compreendem as regras a serem seguidas. Vale destacar que a avaliação aplicada aos alunos é precária e ineficiente para o processo avaliativo.



Então, há necessidade de capacitação na área avaliativa, pois assim o trabalho docente será mais eficiente. Serão relevantes mais estudos na área avaliativa do processo educacional dos alunos com deficiência, para a melhor prática dos docentes.



5. REFERÊNCIAS

ALVES, M. L. T.; FIORINI, M. L. S. Como promover a inclusão nas aulas de educação física? A adaptação como caminho. Revista da Associação Brasileira de Atividade Motora Adaptada, v. 19, n. 1, p. 03-16, 2018.

BRASIL, Lei 9.394, 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação, Diário Oficial da União. 23 de dezembro de 1996, p. 27833.

CARVALHO, C. L. de; ARAÚJO, E. P. F. de; “Inclusão escolar de alunos com deficiência: interface com os conteúdos da Educação Física,” Educación Física y Ciencia, v. 20, n. 1, 2018.

MANTOAN, M. T. E. A educação especial no Brasil: da exclusão à inclusão escolar em: Os sentidos da integração e da inclusão, no contexto da inserção escolar de deficientes. Campinas, Faculdade de Educação Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2002. Disponível no link: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=mantoan+educa%C3%A7ao+especial+no+Brasil&btnG=#d=g_s_qabs&u=%23p%3D8MxAHqIONMYJ. Data de acesso: 29 de agosto de 2019.

MANTOAN, M. T. E. Inclusão escolar: caminhos, descaminhos, desafios, perspectivas. O desafio das diferenças nas escolas, v. 3, p. 29-41, 2013.

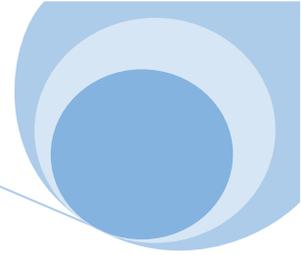
ROSA, B. D. Dificuldades encontradas pelos professores no processo de inclusão do aluno as aulas de educação física. Trabalho de conclusão de curso de educação física. Santa Rosa - RS: UNIJUÍ – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, 2018.

SILVEIRA, F. F.; NEVES, M. M. B. D. J. Inclusão escolar de crianças com deficiência múltipla: concepções de pais e professores. Psicologia: teoria e pesquisa, v. 22, n. 1, p. 79-88, 2006.



SIQUEIRA, M. F.; CHICON, E. J. F. Educação Física, autismo e inclusão. Ressignificando a prática pedagógica, Várzea Paulista: Fontoura, 2016.

STELLA, C.; SERQUEIRA, V. C. Inclusão e o cotidiano escolar: A visão dos professores. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, v. 13, n. 2, 2013.



Capítulo 9

DEPENDÊNCIA QUÍMICA E RELAÇÕES FAMILIARES: REVISÃO DA LITERATURA

Lara R Lira, Conceição N D de Sousa, Larissa R Lira & Ana K S de Oliveira

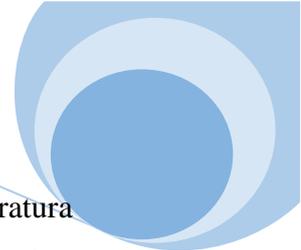
1. INTRODUÇÃO

Além de ser considerada um transtorno mental e um problema social pela Organização Mundial de Saúde, a dependência química é tida como uma condição física e psicológica caracterizada pelo consumo abusivo e desenfreado de substâncias psicoativas, onde o indivíduo usuário perde o controle sob seu uso. A motivação pelo uso destas substâncias engloba diversos fatores, que vão desde uma curiosidade até uma necessidade imediata de prazer ou alívio, sendo assim multifatorial (PIRES, 2010).

Segundo Krapp (2019), 3,2% dos brasileiros já usaram substâncias ilícitas, o que equivale a 4,9 milhões de pessoas, e esse percentual tem tendência a aumentar se incluído aos públicos “homem” e “jovens”. Com o alongar-se do uso dessas substâncias, o indivíduo aos poucos se desintegra da sociedade.

O envolvimento da família nesse processo é marcante, visto que muitas vezes o cuidador da pessoa usuária além de possuir um vínculo familiar, uma ligação afetiva com responsabilidades, é também a detentora do cuidado, assumindo decisões e ações pela pessoa dependente química (CARAVACA-MORERA & PADILHA, 2015).

A família possui um papel decisivo, uma vez que esta tanto pode figurar como coadjuvante no processo de desenvolvimento dessa condição, como, de igual modo, pode compor um dispositivo importante para a melhoria do quadro. O impacto da dependência na estrutura familiar ainda tem sido pouco abordado, sendo importante compreender a carga emocional e física produzidos pelo ato de cuidar de um dependente, e as implicações desse processo sobre a dinâmica de relações que se estabelecem nas famílias (BRISCHILIARI *et al.*, 2016).



Tendo isso, o presente estudo possui como objetivo analisar na literatura científica o impacto do processo de cuidar do dependente químico sobre as relações familiares.

2. MÉTODO

Pesquisa bibliográfica, realizada na Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, utilizando os descritores “família”, “usuário de drogas” e “dependentes químicos”, associados com o booleano “and” da seguinte forma: combinando “família and usuários de drogas”, resultou em 613 arquivos.

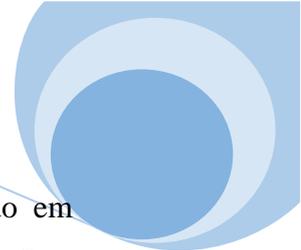
Foram aplicados os filtros “disponível na íntegra”, “idioma português e espanhol”, “publicados nos últimos 5 anos” e “formato de artigo”, o que reduziu para 120 artigos. Os artigos foram lidos/analizados os títulos e restaram 33. Estes foram examinados os resumos e selecionou-se 13, dos quais quatro repetiam-se, logo foram analisados nove artigos.

Na segunda combinação: “família and dependentes químicos” surgiram 450 textos que, seguindo o procedimento anterior, resultou em 12 artigos, dos quais oito repetiram-se com os encontrados na primeira combinação. Foram lidos quatro artigos e selecionados dois para análise. Assim, como resultados das duas combinações, foram analisados um total de 11 artigos para compor a construção do presente estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sucessivas vezes, a vida cotidiana de uma família que possui como parente um dependente químico, pode ser marcada por significativos sofrimentos e dificuldades, e do ponto de vista subjetivo, há a possibilidade de enfrentamento de sentimentos pessimistas, tais como preocupação, estresse, culpa e raiva. É a família que ocupa o primeiro lugar e mais intenso agente de socialização, e deve ser assistida como unidade de cuidado, capaz de promover saúde para os seus membros.

Sendo assim, a primeira questão observada a partir da análise foi a falta de preparo para lidar com a realidade de ter um usuário de drogas em casa, o que resulta muitas vezes em respostas desesperadas frente aos problemas que surgem, objetivando acabar de alguma forma com aquela situação. A aceitação desta condição como doença,

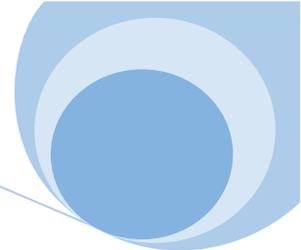


por parte dos familiares foi vista como outra dificuldade enfrentada, refletindo em disfuncionalidades em relação ao curso do tratamento e sua evolução (COSENTINO *et al.*, 2017).

As famílias expressaram ter vivenciado situações em que se sentiram abandonadas pelo serviço de saúde e seus profissionais, queixando-se da falta de cuidado e atenção com suas necessidades, como compreensão, acompanhamento, capacitação, apoio, dentre outros. Ainda, o familiar cuidador experimenta situações de impotência, pois o dinheiro disponibilizado nunca é suficiente para atender as necessidades básicas da família e para manutenção do próprio cuidado (BRISCHILIARI *et al.*, 2016).

4. CONCLUSÃO

Dado o exposto, é evidente que a família também enfrenta desafios importantes em virtude do adoecimento de um de seus integrantes e, por isso, faz-se preciso que os profissionais de saúde dêem ênfase ao apoio e assistência ao cuidador familiar, por meio de escuta, aconselhamento e capacitação. É importante dizer que a família é fundamental na adesão e manutenção do tratamento, como na garantia de qualidade de vida do dependente químico, e por esta razão precisa ser inserida nas estratégias do plano assistencial prestado ao paciente.



5. REFERÊNCIAS

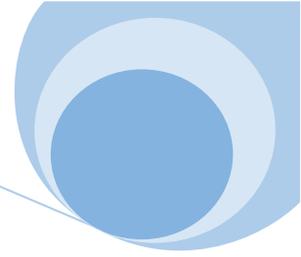
BRISCHILIARI, A. *et al.* Necessidades de cuidados de adolescentes usuários de drogas segundo seus familiares. *Revista de Enfermagem UERJ*, v. 24, n. 3, p. e6888, 2016.

CARAVACA-MORERA, J. A.; PADILHA, M. I. A dinâmica das relações familiares de moradores de rua usuários de crack. *Saúde Debate*, v. 39, n. 106, p. 748-759, 2015.

COSENTINO, S. F. *et al.* Características de cuidadores familiares e de usuários de drogas. *Revista de Enfermagem UFPE online*, v. 11, n. 6, p. 2400-2407, 2017.

KRAPP, J. Pesquisa revela dados sobre o consumo de drogas no Brasil. Rio de Janeiro: FioCruz, 2019. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-revela-dados-sobre-o-consumo-de-drogas-no-brasil>. Acesso em: 8 Jan. 2020.

PIRES, J. Dependência química. São Paulo: Info Escola, 2010. Disponível em: <https://www.infoescola.com/saude/dependencia-quimica/>. Acesso em: 8 Jan. 2020.



Capítulo 10

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: PERCEPÇÃO DOS PACIENTES E DA FAMÍLIA SOBRE A SEXUALIDADE

Maria G de Sousa Oliveira, Rita de Cássia D Moura, Francisca E de Sousa Borges, Nerley P Mesquita, Glauber Macedo, Alyne L de Alencar Luz & Juliana B Macedo

1. INTRODUÇÃO

A sexualidade refere-se a um conjunto de comportamentos complexos que envolvem a busca da satisfação pessoal, indo além dos aspectos biológicos e genitais. “Trata-se de algo essencial para o desenvolvimento integral do ser humano, importante inclusive na construção da identidade” (ALBUQUERQUE, 2011; BASTOS & DESLANDES, 2005).

Em se tratando de pessoas com déficit intelectual, a sexualidade ainda é tratada como tema bastante polêmico por envolver a presença de tabus relacionados aos preconceitos presentes nesse campo, tanto pelos pais dos pacientes mentais como pela própria sociedade na qual estão inseridos (MAIA, 2016).

Essas crenças estão relacionadas à observação dos comportamentos das pessoas com deficiência intelectual (DI), que na maioria dos casos são consideradas e tratadas como indivíduos ingênuos e imaturos, levando a superproteção da família. Contudo, o estudo possibilitou observar que as atitudes inapropriadas dos pacientes com DI existem, não pela questão da sua deficiência e sim pela grande carência de educação sexual. (MORALES & BATISTA, 2010).

O temor dos familiares em transmitir informações relacionadas à educação sexual das pessoas com deficiência intelectual acaba induzindo sentimentos negativos no paciente, provocando baixa autoestima e desvalorização de si mesmo. Segundo Vieira e Coelho (2014), pessoas com DI referiram que “quando havia diálogo sobre a temática, o ponto principal era a proibição do sexo e a recriminação.

Pelo conhecimento limitado constatado através da análise dos artigos estudados, existe uma carência de informações voltadas a esses pacientes mentais por parte,



principalmente, da família, que seria a responsável em contribuir para a formação de atitudes e comportamentos nesses indivíduos. Dessa forma, realizou-se esse estudo no sentido de adquirir maiores informações acerca do tema, a fim prestar assistência sobre sexualidade dos indivíduos com DI.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada através de artigos publicados nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com artigos publicados de 2005 a 2018. Os descritores utilizados foram: deficiência intelectual, educação sexual e sexualidade.

Somando-se as bases de dados foram encontrados 86 artigos. Inicialmente foi realizado a leitura dos títulos e resumos, quando esses não eram esclarecedores os artigos eram lidos por completo para delimitar quais estudos tinham associação com o tema, tendo sido excluídos capítulos de livros, teses, dissertações, cartas editoriais e resumos. Os estudos repetidos em mais de uma base de dados foram computados apenas uma vez. A busca possibilitou a seleção de 11 artigos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da leitura das amostras literária observamos que os adolescentes com DI não dispõem do mesmo nível cognitivo de muitos adolescentes ditos “normais”. Contudo a descoberta sobre sexualidade é um direito de todos, entretanto os pais muitas vezes desconsideram esse tema na vida dos jovens por expressar a ingenuidade dos mesmos.

Segundo Bastos & Deslandes (2005), “o desenvolvimento da sexualidade está vinculado ao desenvolvimento integral do indivíduo, sendo considerado um elemento constitutivo da personalidade.”

Com base nas revisões dos estudos de Bastos & Deslandes (2005) e Littig *et al.* (2012), foi possível verificar que pais de pessoas com DI buscam superproteger os filhos, mesmo que a maioria dos indivíduos com retardo mental manifeste estágio leve da patologia, no qual apresentam autonomia, independência, e mostram que podem



assumir responsabilidades, porém seus familiares, principalmente os genitores, não enxergam que seus filhos podem conviver em sociedade e usufruir do ambiente social como outras pessoas da mesma faixa etária.

Muitos pais desconsideram o assunto tornando o tema um tabu. Alguns descrevem que o diálogo com os adolescentes é desnecessário, por pensarem que os filhos não precisam do relacionamento afetivo-sexual (BASTOS & DESLANDES, 2005; ALBUQUERQUE, 2011).

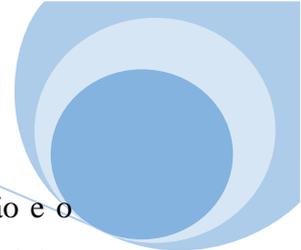
Para a autora Paloma Pegolo de Albuquerque (2011), “A superproteção é uma forma de repressão sexual que causa danos, às vezes irreparáveis, ao desenvolvimento psicológico e social do indivíduo. Muitos pais acreditam que sempre estarão por perto para proteger os filhos.”

De acordo com os artigos estudados foi possível verificar ainda a carência de informações que estes pacientes recebem de seus familiares sobre tema, onde em muitos casos a sexualidade é repreendida.

Nos estudos de Maia (2016), pode-se observar que alguns pacientes relataram nunca ter ouvido falar sobre o assunto, e outros atribuíram o casamento a ato de fazer maldade a alguém como conceito de sexualidade. A autora ainda relata que “os participantes relacionam a sexualidade aos modelos de televisão, envolvendo expressões de afeto e romance.” (MAIA, 2016).

O entendimento precário dos DI sobre sexualidade, ocasionado pela falta de informações recebida da família os expõem a riscos, pois embora possuam um transtorno, a sexualidade irá desenvolver-se e aflorar em algum momento da adolescência, assim estão sujeitos a informações equivocadas, através de meios como diálogos com amigos, internet ou televisão, e conseqüentemente, o início de uma vida sexual sem orientação e sem proteção. O conhecimento limitado sobre a sexualidade torna essas pessoas mais vulneráveis a infecções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada.

Nesse sentido, percebe-se que superproteção acaba impedindo a socialização completa afetando uma participação ativa com o meio em que vive. É preciso que os pais se conscientem da necessidade de abordar o tema sexualidade com seus filhos para que eles possam ter autocontrole da sua estabilidade emocional, e do relacionamento interpessoal, podendo assim se defender de possíveis abusos sexuais, gravidez e doenças sexualmente transmissíveis. Daí percebe-se a importância de se discutir a temática não só com a família e sim com toda a sociedade.



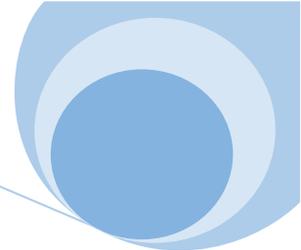
Ratificando o que foi observado é importante ressaltar que a infantilização e o isolamento social prejudicam o proveito de uma adolescência e uma vida adulta posterior de qualidade, impedindo assim que possam desfrutar uma vida amorosa saudável. Gerando um afastamento prejudicial até alcançar a vida adulta. (LITTIG *et al*, 2012). Dessa forma a família tem o papel decisivo na vida de pessoas com DI, pois são os norteadores do conhecimento no qual irão determinar a ampliação e os limites dos indivíduos.

4. CONCLUSÃO

Percebesse através da análise dos artigos que os pais não reconhecem a existência da sexualidade em indivíduos com deficiência mental e apresentam uma grande dificuldade para lidar com a educação sexual, tornando esses pacientes vulneráveis a riscos.

A inconveniência de se discutir o assunto quando relacionado a esses pacientes ainda precisa ser debatida, seja nos serviços de saúde e/ou nas escolas, como forma de ampliar a percepção tanto dos pacientes, como da sua própria família.

É significativa a busca de novos estudos acerca do tema como forma de proporcionar subsídios para a disseminação e discussão a respeito do conteúdo, levando aos pacientes informações necessárias para o desenvolvimento de uma sexualidade livre de riscos, e a família uma percepção mais abrangente sobre a fisiologia da sexualidade nesses pacientes, o que favorece a quebra dos tabus e preconceitos.



5. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. P. Sexualidade e deficiência intelectual: Um curso de capacitação para pais. Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, v. 29, n. 64, p. 109-119, 2011.

BASTOS, O. M.; DESLANDES, S. F. Sexualidade e o adolescente com deficiência mental: uma revisão bibliográfica. Revista de Ciência Saúde Coletiva, v. 10, n. 2, p. 389-397, 2005.

LITTIG, P. M. C. B. *et al.* Sexualidade na deficiência intelectual: uma análise das percepções de mães de adolescentes especiais. Revista Brasileira de Educação Especial, v. 18, n. 3, p. 469-486, 2012.

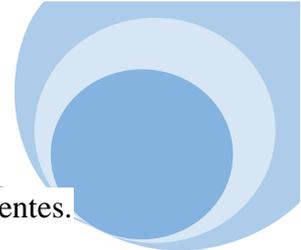
MAIA, A. C. B. Vivência da sexualidade a partir do relato de pessoas com deficiência intelectual. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Paulo, Psicologia em Estudo, Maringá, v. 21, n. 1 p. 77-88, 2016.

MAIA, A. C. B. *et al.* Opinião de professores sobre a sexualidade e a educação sexual de alunos com deficiência intelectual. Revista Estudos de psicologia, v. 11, n. 1, p. 76-92, 2015.

MEDEIROS, T. S.; OLIVEIRA, J. D. refletindo sobre a sexualidade na adolescência. Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Revista Includere Mossoró, v. 1, n. 1, p. 23-33, Ed. Especial, 2015.

MORALES, A. S.; BATISTA, C. G.; Compreensão da sexualidade por jovens com diagnóstico de deficiência intelectual. Universidade Estadual de Campinas, Psicologia: Teoria. e Pesquisa, v. 26 n. 2, p. 235-244, 2010.

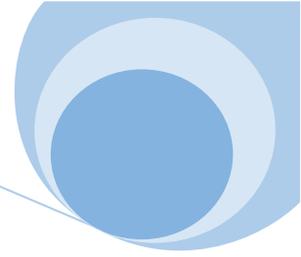
MOREIRA, L. M. A. Algumas abordagens da educação sexual na deficiência intelectual. Universidade Federal da Bahia, Salvador, EDUFBA, p. 11-148, 3ed, 2011.



NERY, I. S. *et al.* Abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e adolescentes. Revista Acta Paulista de Enfermagem, v. 28, n. 3, p. 287-292, 2015.

PRIOSTE, C. D. Educação inclusiva e sexualidade na escola – relato de caso. Estilos da Clínica, v.15, n. 1, p. 14-25, 2010.

SANTOS, M. A.; PEREIRA, M. L. P. Estratégias de enfrentamento adotadas por pais de crianças com deficiência intelectual. Universidade de São Paulo: FFCLRP, 2016, p. 12.



Capítulo 11

A ATIVIDADE LÚDICA NA PROMOÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Antonia T B de Melo¹, Beatriz G F dos Santos², Eliakim A da Silva², João B de Carvalho Silva¹, José S de Amorim Júnior³, Kamilla A dos S Barros¹, Lairton B de Oliveira¹, Lany L de Castro Campelo³, Mariana R Silva¹, Priscila L Alcântara² & Rayane da S Alencar¹

¹ Graduando em Enfermagem pela UFPI – CSHNB – Picos, Piauí.

² Graduando em Nutrição pela UFPI – CSHNB – Picos, Piauí.

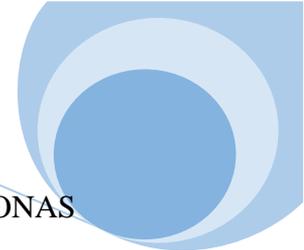
³ Docente do curso de Enfermagem da UFPI – CSHNB – Picos, Piauí.

1. INTRODUÇÃO

A humanização do cuidado ocorre quando há uma relação de respeito e valorização entre profissionais e usuários, em que as práticas e ações visam contemplar a integridade do sujeito em sua dimensão social, política e psicológica, respeitando suas diferenças e valorizando o seu protagonismo por meio do diálogo. Nos serviços de saúde, a materialização da humanização nas práticas cotidianas está atrelada à conscientização de usuários, gestores e trabalhadores do atendimento humanizado, bem como da integralidade no cuidado (BRASIL, 2013).

A fim combater os aspectos mecanicistas em relação ao cuidar incorporados nas práticas de saúde ao longo dos anos, criou-se a Política Nacional de Humanização (PNH), que preconiza a qualidade assistencial ao paciente e a valorização do indivíduo como um todo. Neste cenário, a ludicoterapia encontrou espaço como uma ferramenta de cuidado eficaz, eficiente e consolidadora das diretrizes de humanização (ARAÚJO & SILVA, 2017).

Entre as possibilidades da ludicoterapia, seu uso como uma estratégia facilitadora da comunicação pode contribuir significativamente para a promoção da assistência humanizada, auxiliando o profissional de saúde na identificação de limitações e potencialidades do cuidar, bem como na compreensão e tomada de decisão



frente a situações de estresse vivenciadas pelos pacientes nos serviços de saúde (JONAS *et al.*, 2013).

Como estratégia para promoção de suporte afetivo e emocional, estudos como o realizado ainda nos anos 90, demonstram seu impacto positivo na recuperação e qualidade de vida dos pacientes, como reflexo da melhoria na comunicação paciente-profissional, favorecendo a diminuição da ansiedade e maior colaboração do paciente com o tratamento médico e, conseqüentemente, melhoria da assistência (LINDQUIST, 1993).

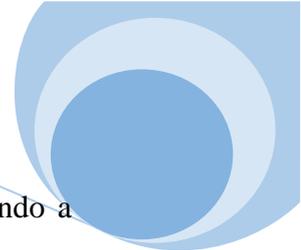
Nesse sentido, busca-se ampliar o conhecimento sobre a eficácia do uso do lúdico como simulação das práticas de cuidado e estratégias para sensibilizar os atores envolvidos nesse processo, uma vez que o conhecimento e a reflexão sobre o tema podem ser difundidos para a prática cotidiana.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, de uma intervenção teatral realizada no pátio da Universidade Federal do Piauí (UFPI/CSHNB), no município de Picos-PI, em maio de 2019, para a comunidade acadêmica acerca da humanização no cuidado.

A intervenção fez parte das ações desenvolvidas pelo projeto “Mais Sorriso, Mais Saúde”, um projeto de extensão que atua desde 2012, atualizando seus participantes quanto às tendências mais contemporâneas em atendimento humanizado da população, possibilitando o envolvimento do acadêmico com estratégias alternativas para o alcance de metas preventivas e elaborando intervenções educativas e de humanização para equipes de saúde, principalmente.

Para tanto, as ações de educação em saúde planejadas são focadas na socialização de textos autorais, bem como na construção de formas lúdicas para a discussão de temas voltados para a promoção da saúde, bem como para apoiar psicologicamente a população acometida por doenças, considerando que as ações lúdicas em saúde permitem estreitar a relação profissional-paciente e são vistas como atividade interativa, inovadora e ilustrativa, que responde à dupla tarefa de esclarecer dúvidas e apoiar os pacientes. Neste sentido, a intervenção em questão objetivou comparar de forma lúdica o cuidado robotizado e humanizado, mostrando as principais



diferenças e impactos que cada um pode causar no contexto da saúde, reafirmando a crucial importância de um cuidado com empatia e respeito ao paciente e com isso, disseminar as bases do cuidado humanizado a população acadêmica, em especial, aos que são de cursos da área da saúde.

A atividade em questão foi planejada pelos integrantes do projeto de extensão e organizada de forma que a apresentação pudesse ser assistida pelas pessoas presentes no local, bem como pelos transeuntes. Assim, materiais como camas leito, suporte de soro, materiais para curativos e estetoscópio foram utilizados para compor o cenário de uma enfermaria de hospital em funcionamento, enquanto os integrantes do grupo caracterizaram-se de pacientes e profissionais de saúde. A peça teatral foi composta de dois atos, no primeiro, atores vestidos de profissionais da saúde robotizados, realizavam procedimentos como a administração de medicamentos, troca de curativo e terapia intravenosa, sem um acolhimento inicial ou orientações acerca do procedimento realizado, ao tempo em que o ambiente não transmitia conforto e respeito ao paciente, um contexto distante dos princípios do cuidado humanizado que norteiam a Política Nacional de Humanização (PNH), como o acolhimento, ambiência, defesa dos direitos dos usuários.

No ato seguinte, entraram em cena profissionais caracterizados de palhaços, guiados pelo espírito de alegria, respeito à individualidade do sujeito e amor ao próximo, espalhando as bases do cuidado humanizado entre os profissionais robotizados, não apenas modificando, mas melhorando a qualidade da assistência. Ao final, foi recitado um poema em que o paciente era posto no centro do cuidado.

O fortalecimento da concepção de que é necessário dispor o paciente como centro da atenção, independente da atividade realizada, permite que o cuidado atenda suas necessidades de forma humanizada (FERREIRA, 2016), tornando possível assisti-lo integralmente e com qualidade (BORGES, 2018).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A intervenção realizada possibilitou a sensibilização do público quanto as formas de cuidar, ajudando-os a compreender os benefícios do atendimento humanizado e centrado no paciente. Pôde-se perceber a comoção e interação do público a cada ato da peça, que transmitia a humanização do atendimento em saúde. Além do mais, mostrou-



se ser uma importante estratégia para realçar a necessidade do atendimento dotado de afeto, empatia e sensibilidade na comunicação entre profissionais e pacientes, bem como para a formação acadêmica pautada na humanização da assistência.

A preocupação com a qualidade do atendimento com atenção à necessidade da pessoa que busca o serviço é um dos princípios do Sistema Único de Saúde. Neste contexto, ampliar o acesso, transformar as práticas e as instituições de saúde e garantir o acesso universal e igualitário aos brasileiros, deve abrir espaço para práticas que respondam ou minimizem o sofrimento das pessoas (MATTOS, 2009).

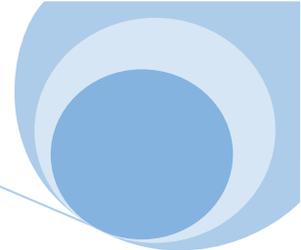
Para tanto, escutar opinião de quem recebe a assistência e avaliar a forma que o sistema de saúde se organiza para viabilizar o atendimento são elementos importantes para a avaliação dos serviços de saúde (MOIMAZ, 2010).

É necessário também estar atento aos fatores que dificultam que a equipe de saúde toque, converse e ouça o paciente de forma mais humana, tais como o excesso de trabalhos, a rotina diária complexa de setores como a Unidade de Terapia Intensiva, o número insuficiente de profissionais e o trabalho em ambientes estressores (MASCARENHAS & RODRIGUES, 2017). Neste âmbito, a enfermagem, sinônimo de cuidar, deve estar atenta a uma assistência digna em que o respeito, o reconhecimento da necessidade do outro e a solidariedade estejam presentes nos serviços em que atua (FIGUEIREDO, 2018), visto que tais práticas contribuem não apenas para a recuperação do paciente, mas para uma assistência de qualidade (FARIAS *et al.*, 2013).

4. CONCLUSÃO

A partir da intervenção realizada, o projeto de extensão Mais Sorriso, Mais Saúde ajudou na construção de uma visão reflexiva acerca do uso de atividades lúdicas para a promoção de um cuidado humanizado e da necessidade de implementação de práticas que levem em consideração as demandas físicas e emocionais dos pacientes nas ações cotidianas dos profissionais de saúde.

Demonstrou-se ainda, que o lúdico, quando utilizado como uma tecnologia leve, potencializa o acolhimento, a escuta e o processo de formação de vínculo na abordagem do paciente favorecendo a empatia, a sensibilidade e a comunicação entre o profissional e o paciente, assim estando em consonância com os princípios da integralidade e da humanização dos cuidados regidos pela política do SUS.



5. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E. R.; SILVA, S. C. R. O lúdico como instrumento de humanização em pacientes infantis com leucemia hospitalizados. *Revista Saber Científico*, v. 6, n. 2, p. 125-135, 2017.

BORGES, G. C. R.; NASCIMENTO, E. N.; BORGES, D. M. Impacto da Política Nacional de Humanização na Estratégia Saúde da Família e na Rede de Saúde. *Revista Distúrbios da Comunicação*, v. 30, n.1 , p. 194-200, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização (PNH)*. 1ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.

FARIAS, F. B. B. *et al.* Cuidado humanizado em UTI: desafios na visão dos profissionais de saúde. *Journal of Research: Fundamental Care Online*, v. 5, n. 4, p. 635-42, 2013.

FERREIRA, R. L; ARTMANN, E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 5, p. 1437-1450, 2018.

FIGUEIREDO, M. C. C. M. *et al.* Cuidado Humanizado Ao Paciente Crítico: Uma Revisão Integrativa. *Revista Saúde & Ciência Online*, v. 7, n. 1, p. 97-101, 2018.

JONAS, M. F. *et al.* O lúdico como estratégia de comunicação para a promoção do cuidado humanizado com a criança hospitalizada. *Rev Bras Ciênc Saúde*, v. 17, n. 4, p. 393-400, 2013.

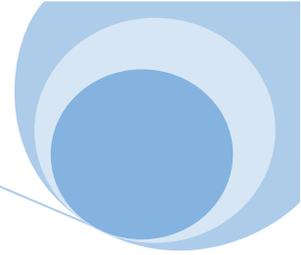
LINDQUIST, I. A criança no hospital: terapia pelo brinquedo. In: *A criança no hospital: terapia pelo brinquedo*. Página Aberta, 1993.



MASCARENHAS, M. O; RODRIGUES, J. M. Os Benefícios do Cuidado Humanizado na Unidade de Tratamento Intensivo em uma Perspectiva Holística. *Revista Saúde em Foco*, v. 4, n. 1, art. 2, p. 18-28, 2017.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde, *Interface*, v. 13, n. 1, p. 771-780, 2009.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.



Capítulo 12

A AFFINITY THERAPY E A PSICANÁLISE NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS AUTISTAS EM EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Milena F de Oliveira, Luis A R Furtado & Camilla A L Vieira

1. INTRODUÇÃO

A *Affinity Therapy* consiste em um modelo de tratamento do dito autista, o qual prioriza, sumariamente, o interesse específico que cada criança pode vir a manifestar. A *Affinity Therapy* foi criada a partir de experiências dos pais Ron e Cornelia Suskind com seu filho Owen, a qual tomamos conhecimento através do trabalho do psicanalista Jean Michel Vives (VIVES, 2019). Nesse sentido, os pais de Owen observaram atentamente o relacionamento do filho com as atividades com as quais ele se identificava e, a partir disso, permitiram estabelecer um contato com a criança, criando, pois, uma zona de abertura no fechamento da comunicação dele.

Dessa forma, a *Affinity Therapy* - como fora denominada pelos criadores - nasce com o propósito de validar a singularidade do sujeito, objetivando o estabelecimento de contato com este, configurando-se como uma metodologia no tratamento de crianças autistas por contrariar a lógica inversa de uma oficina terapêutica tradicional.

No que se refere à adoção de metodologias em instituições de acolhimento de crianças com sofrimento psíquico, entrevemos uma relação com o trabalho da psicanálise pois mantém em comum com esta a suposição de um sujeito de desejo e sua consideração na realização do trabalho, sempre singular e não padronizado (FURTADO & VIEIRA, 2014). Entretanto, sua principal diferença com as metodologias típicas de oficinas é justamente o fato de priorizar o desejo da criança, construindo um campo de expressão deste, enquanto os programas pré-estabelecidos metodologicamente operam



admitindo uma lógica de escolha comandada pelo oficinairo, com uma natureza de cunho sugestivo, no qual o saber está do lado do especialista.

1.1 O Água de Chocalho

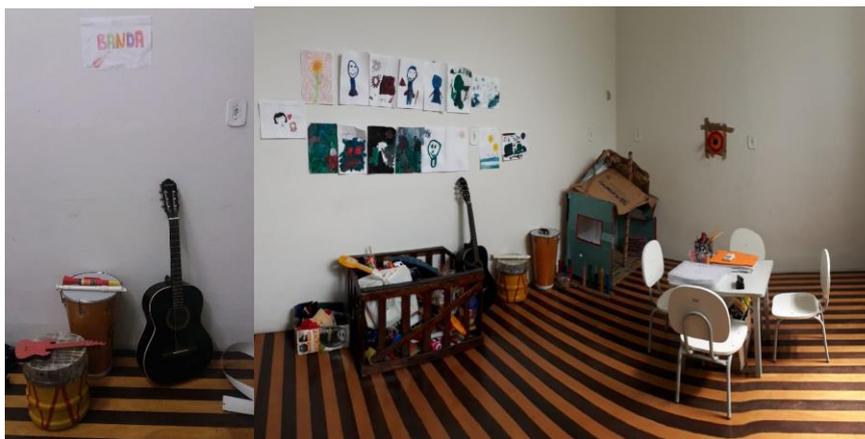
O Água de Chocalho é um projeto de extensão, vinculado à Universidade Federal do Ceará, *campus* Sobral. Ele é destinado a crianças ditas autistas e outras com demais sofrimentos psíquicos graves, onde atuam extensionistas do curso de Psicologia da mesma Universidade (Viana *et al.*, 2017). Tem como sede a sala de permanência localizada no Serviço de Psicologia Aplicada- S. P. A-, também vinculado à UFC, *campus* Sobral. Contudo, atua em parcerias com diversos dispositivos municipais como escolas, Escola de Música de Sobral e Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral. No ano de 2019, o projeto beneficiou, direta e indiretamente, cerca de 780 pessoas, configurando-se como um importante dispositivo de saúde mental, na cidade.

2. RELATO DE CASO

Os extensionistas são distribuídos na sala de permanência de acordo com a disponibilidade acadêmica. Objetiva-se alocar os horários de maneira que seja possível haver a presença de pelo menos um extensionista na sala, para que possam atuar junto à criança em tratamento.

A metodologia é baseada na psicanálise, a qual considera o sujeito como efeito de sua articulação com o Outro, com a linguagem e, portanto, sujeito do desejo. A autonomia do sujeito é possibilitada através da escolha das atividades por parte da criança, a exemplo da pintura, da música, jogos de quebra-cabeça e do desenho. Diferentemente de outras metodologias, tratamos de secretariar o processo de subjetivação da criança considerando suas escolhas dentro do tratamento, considerando seus elementos de “afinidade”. Desse modo, os extensionistas evitam a posição de um oficinairo tradicional, evitando o estabelecimento das atividades de antemão, abrindo-se, portanto, às surpresas da experiência trazidas pela subjetividade da criança. Nesse projeto assumimos um posicionamento de acolhimento das escolhas de cada um auxiliando-os em suas invenções singulares e idiossincráticas.

Figura 1. Sala de Permanência localizada no S.P.A – UFC, *campus* Sobral



Fonte: elaborada pela autora.

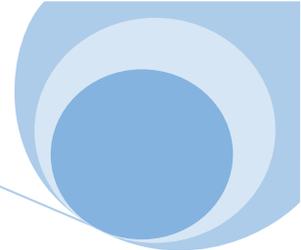
3. CONCLUSÃO

Nesse sentido, foi possível observar a potência de transformação no ato de acompanhar as crianças assistidas com os objetos lúdicos presentes na sala, permitindo o desenvolvimento da autonomia de tais sujeitos ou mesmos suas mínimas e sutis formas de subjetivação do mundo que lhes cerca.

Nesse ínterim, o extensionista transforma o seu posicionamento, o qual não mais é de um oficinairo tradicional, mas de um mediador entre o campo do Outro e da cultura e o sujeito, criando um espaço onde o caótico pode se transformar em arte e palavra.

É possível concluir, pois, que o projeto Água de Chocalho, tal como o nome indica, é uma iniciativa que visa introduzir o sujeito no campo da palavra. Possibilita uma reconfiguração no que se refere ao desenvolvimento das atividades, visto que as próprias crianças são protagonistas no caminho que o extensionista precisa apenas seguir, sendo este último um mediador prático entre o desejo do sujeito e a cultura.

Assim, o que antes poderia ser considerado apenas sintomas classificados numa semiologia psiquiátrica, tornam-se formas de expressão de um ser humano que se realiza a cada encontro. A contribuição na formação acadêmica dos alunos de psicologia é também notória além da importante contribuição ao campo da saúde mental na cidade de Sobral.

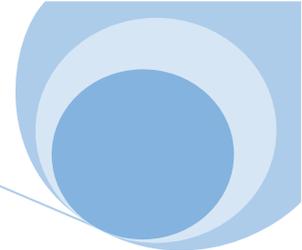


4. REFERÊNCIAS

FURTADO, L. A. R.; VIEIRA, C. A. L. O autismo, o sujeito e a psicanálise: consonâncias. Curitiba: EDITORA CRV, 2014.

VIANA, B. A. *et al.* A dimensão musical de lángua e seus efeitos na prática com crianças autistas. *Psicologia USP*, v. 28, n. 3, p. 337-345, 2017.

VIVES, Jean-Michel. Variações psicanalíticas sobre a voz e a pulsão invocante. Editora Contra-Capa, 2018.



Capítulo 13

AÇÕES DE ENFERMAGEM AO GRANDE QUEIMADO

Amanda P de Oliveira, Raissa Adrielle L Rodrigues, Pâmella S B G Santos, Tomazia D Ewerton e Everton, Nara A Neves, Renato Douglas e Silva Souza & Emmanuelli I Farah

1. INTRODUÇÃO

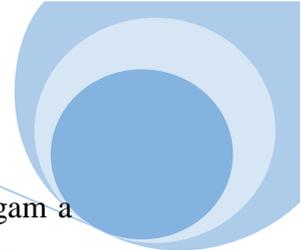
A queimadura é conceituada como uma lesão no tecido de revestimento do corpo humano, fazendo com que ocorra uma destruição parcial ou total da pele juntamente com seus anexos, sendo ocasionada por agentes térmicos, elétricos ou radioativos (CASTILHOS & LOURENÇO, 2010).

Em se tratando da classificação da queimadura, salienta-se que alguns critérios são levados em consideração. A profundidade se refere a queimaduras de 1º, 2º e 3º grau. Outro critério é associado à extensão, tratando-se da superfície corporal na qual foi atingida, exigindo um método utilizado reconhecido como regra dos nove. É importante frisar que a região palmar, incluindo também os dedos, possuem uma representatividade de 1% da superfície corpórea queimada (LIMA *et al.*, 2016).

Além disto, existem outras regiões corpóreas que são consideradas como nobres ou áreas especiais, como: face, pescoço, órgãos genitais, dentre outras. Da mesma maneira, casos de queimaduras muito profundas, ou seja, aquelas que chegam a acometer outras estruturas, como, por exemplo, nervos, ossos e músculos (BATISTA & CORDOVIL, 2012).

Seguindo esta mesma linha de raciocínio, é importante destacar que existem diversas causas, como queimaduras elétricas, exposição solar excessiva, bem como também incêndios e queimaduras químicas (CASTRO *et al.*, 2011).

O paciente grande queimado é aquele que possui queimaduras de 1º e 2º grau em uma região corporal que é atingida com mais de 26%, assim como aquele sujeito que apresenta uma queimadura de 3º grau acima de 10% da região corporal afetada, ou que sofreu queimadura de períneo (CHAVES, 2013).



Silva *et al.* (2015), refere que as queimaduras, ao se tratar do Brasil, chegam a representar um agravo significativo para a saúde pública. No entanto, com relação ao atendimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), geralmente as queimaduras se tornam responsáveis por aproximadamente um milhão de casos, sendo que cerca de 40 mil ocorrências necessitam de hospitalização.

Já segundo a Sociedade Brasileira de Queimaduras, conforme uma divulgação da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), as crianças se destacam como os casos mais frequentes das queimaduras, onde o sexo masculino é o mais prevalente (STUCHI *et al.*, 2010).

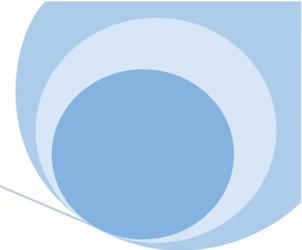
Diante disto, é notório que as queimaduras são capazes de proporcionar destruições na pele e também nos tecidos mais profundos, como, por exemplo, ossos e órgãos, geralmente trata-se dos pacientes grande queimado (SANTOS & SANTOS, 2017).

Os casos de queimaduras atualmente vêm sendo considerados como traumas agressivos, essencialmente quando se trata da grande possibilidade de ocasionar inúmeras sequelas aos pacientes, as quais podem ser tanto estéticas como psicológicas e funcionais. Além disto, as ocorrências de queimaduras representam um índice elevado de mortalidade. Por esta razão, torna-se essencial um atendimento por uma equipe habilitada e treinada para casos específicos de queimaduras para que, assim, grandes consequências sejam evitadas e as mesmas sejam devidamente tratadas (SILVA *et al.*, 2015).

O objetivo principal deste estudo foi descrever a assistência de enfermagem bem como os principais cuidados que devem ser ofertados aos pacientes com grandes queimaduras.

2. MÉTODO

Tratou-se de uma revisão de literatura, com caráter qualitativa, utilizando-se bases de dados LILACS, SCIELO e PUBMED, com as seguintes palavras-chaves: queimaduras, grande queimado e assistência de enfermagem. Como critérios de inclusão foram considerados artigos publicados entre os anos de 2014 a 2019 e em português.



3. REFERENCIAL TEÓRICO

É cabível salientar que as queimaduras se dividem conforme a profundidade da lesão. Considera-se que as queimaduras são conceituadas como lesões que acontecem devido a traumas associados por origem térmica, visto que, são decorrentes tanto da exposição como do contato direto com eletricidade, chamas, frio, radiação, líquidos quentes e atrito (GONÇALVES *et al.*, 2012).

Para isto, é de fundamental relevância que um atendimento inicial seja efetuado, que consista em condutas imediatas, como, retirada de roupa da área lesionada, lavagem da região que foi atingida e tratamento das lesões associadas, isso em se tratando de um atendimento pré-hospitalar (LIMA *et al.*, 2016).

Para que o atendimento seja continuado, torna-se necessária a classificação do paciente. Para isto, usam-se dois critérios, tais como: profundidade e extensão (MARINHO *et al.*, 2014).

Contudo, as lesões são classificadas de 1º grau, 2º grau e 3º grau. Tratando-se das queimaduras de 1º grau, as quais são mais superficiais, acontecem quando somente a epiderme é lesionada, a camada mais superficial da pele. Neste tipo de queimadura, os sintomas mais comuns são: dores intensas e vermelhidão. As flictenas (bolhas) não surgem ainda nesta classificação (MARTINS *et al.*, 2015).

Com relação as queimaduras classificadas como de 2º grau, segundo a Sociedade Brasileira de Queimaduras, estas são determinadas de duas maneiras: 2º grau superficial ou queimaduras de 2º grau profunda. Quanto a superficial, destaca-se que ocorre quando a lesão acomete somente a epiderme. Os sintomas mais frequentes são similares aos da queimadura de 1º grau, porém a distinção entre ambas é que neste tipo de queimadura de 2º grau superficial acontece o surgimento de flictenas e as lesões apresentam uma aparência úmida (VIEIRA *et al.*, 2013).

No tocante à queimadura de 2º grau, mais profunda, esta acontece quando as lesões atingem a derme, e possivelmente são parecidas com as queimaduras de terceiro grau. Em alguns casos, certos pacientes podem apresentar destruição das terminações nervosas (LIMA *et al.*, 2016).

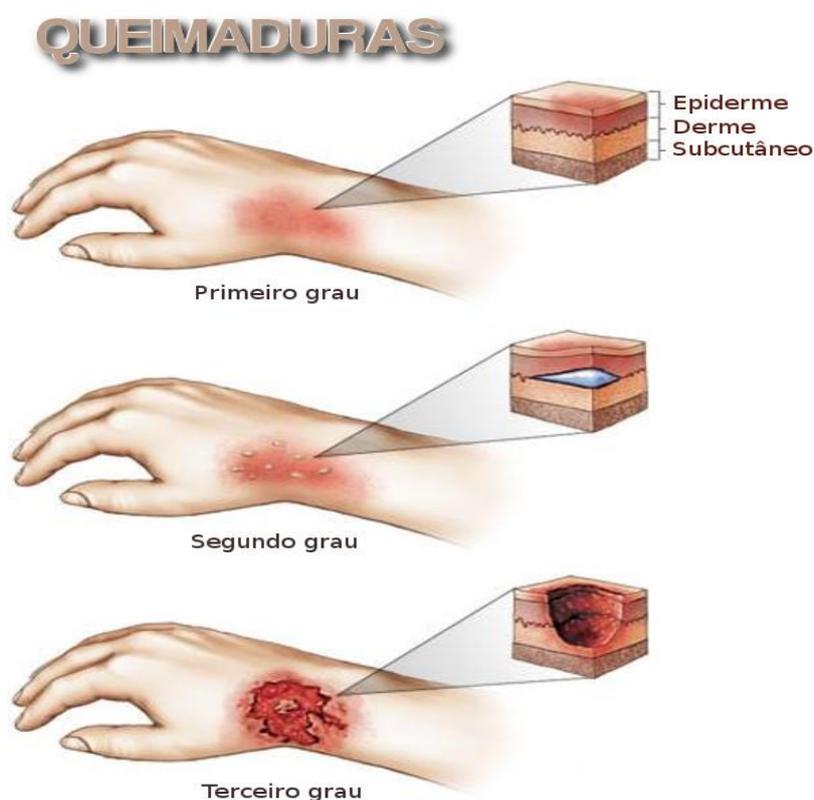
A última classificação de queimaduras, as de 3º grau, atingem a derme juntamente com os tecidos subcutâneos, visto que, neste tipo ocorre um tipo de

destruição total dos folículos pilosos, nervos e em alguns casos pode atingir até os ossos e músculos (MARINHO *et al.*, 2014).

As características das lesões deste tipo de queimadura são: manchas esbranquiçadas, indolores e geralmente são lesões deformantes. Os sujeitos que possuem este tipo de lesão necessitam passar por um procedimento cirúrgico, no qual é realizado um enxerto de pele (MARINHO *et al.*, 2014).

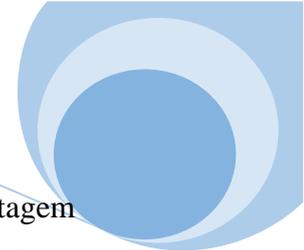
A Figura 1 segue com a demonstração através da ilustração da classificação das queimaduras bem como também sobre qual camada da pele cada uma atinge.

Figura 1. Imagem ilustrativa dos graus de queimadura



Fonte: Batista & Cardovil (2012).

Sabe-se que o paciente grande queimado é aquele que apresenta queimaduras de 1º e 2º grau quando a pele é acometida em torno de 26% ou queimadura de 3º grau acima de 10%, da mesma forma aquele paciente que possui queimadura de períneo (SOUSA *et al.*, 2019).



Destaca-se que a extensão da queimadura se relaciona conforme a porcentagem da região atingida. Diante disto, os pacientes são reconhecidos como pequeno, médio e grande queimado.

Um paciente classificado como pequeno queimado é acometido em menos de 10% da superfície corporal. Já os pacientes classificados como médio queimado, são atingidos entre 10 a 20% da superfície corpórea. Por fim, o paciente grande queimado é quando o sujeito chega a ser acometido por mais de 20% da região corporal (SANTOS & SANTOS, 2017).

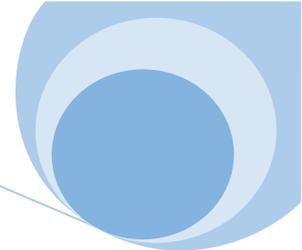
No entanto, para a devida definição da extensão da queimadura, utilizam-se duas regras: regra dos nove, esta é referente ao segmento corporal, ou seja, conforme o valor nove ou também o múltiplo dele. Contudo, é reconhecido da seguinte maneira: cabeça é correspondente a 9%, membros superiores, cada um corresponde a 9%, tronco frente 18% e costa 18%, genitais representam 1% e os membros inferiores, cada um corresponde 18%. (CASTRO *et al.*, 2011).

A outra regra é caracterizada como regra da palma da mão, a palma da mão de um sujeito corresponde a 1% da superfície corporal. Sendo assim, é calculado o número de palmas para que possa ocorrer a estimativa associada a extensão da queimadura. Destaca-se que os pacientes classificados como grandes queimados necessitam de cuidados especiais, pois estes ficam suscetíveis para o desenvolvimento de várias complicações. Com isto, sabe-se que toda a equipe multidisciplinar possui um papel importante (CHAVES, 2013).

O enfermeiro é responsável por desenvolver um planejamento de cuidados para os sujeitos, de maneira que tenha como finalidade a minimização do surgimento de complicações, contribuindo desta forma para um tratamento eficaz e seguro do sujeito grande queimado (GONÇALVES *et al.*, 2012).

A queimadura é reconhecida como um dos traumas que apresentam um índice elevado de agressividade. Diante disto, é de suma relevância que os pacientes tenham uma assistência qualificada bem como também humanizada (SANTOS & BRANDÃO, 2018).

Sendo assim, sua importância é decorrente não só na frequência na qual ocorre, mas sim por ter capacidade de proporcionar diversas sequelas para o indivíduo, podendo estas ser tanto psicológicas, como físicas e estéticas (SANTOS & BRANDÃO, 2018).



4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

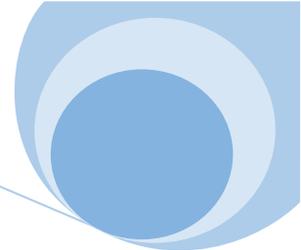
É essencial que os profissionais proporcionem cuidados de qualidade no tratamento dos pacientes grande queimados, pois a maioria dos pacientes ficam com sequelas. Por este motivo, esse cuidado deve ser diferenciado, para que assim os mesmos possam ser reinseridos no seu meio social. Para isto, foi evidenciado de forma efetiva o envolvimento da humanização na atuação da equipe de saúde na atenção ao paciente portador de grandes queimaduras, já que este se encontra além de debilitado fisicamente, sensibilizado emocional e psicologicamente. Humanizar significa oferecer um atendimento de qualidade com acolhimento aos pacientes (MARINHO *et al.*, 2014).

A equipe de enfermagem deve estar preparada para prestar cuidados aos pacientes grandes queimados. Além disso, o profissional enfermeiro deve reconhecer quais são as necessidades, identificando quais são os principais diagnósticos de enfermagem, dentre estes, alguns se destacam, como: troca gasosa prejudicada, riscos de infecções, padrão respiratório ineficaz, hipotermia e dor (VIEIRA *et al.*, 2013).

Ao se referir a um tratamento inicial direcionado ao paciente grande queimado, é aquele no qual é efetuado no ambiente hospitalar logo com a entrada do indivíduo na sala de estabilização. Contudo, esse atendimento deve ser prestado entre 48 e 72 horas posteriormente ao trauma. Desta forma, a equipe deve promover uma assistência na qual tenha a finalidade de reduzir as condições que possivelmente podem colocar a vida do paciente em risco (SANTOS & SANTOS, 2017).

Esta assistência inicial ao paciente deve ser realizada sempre com precisão e rapidez, não somente pela equipe de enfermagem, mas sim por toda equipe multidisciplinar.

Nessa situação alguns cuidados devem ser levados em consideração, tais como: manter as extremidades aquecidas, realização da monitorização do débito urinário, avaliação da temperatura corporal, exame da ferida para verificar sinais de infecção e realização da limpeza da lesão diariamente, curativo da ferida e também reposição volêmica (CASTILHOS & LOURENÇO, 2010).

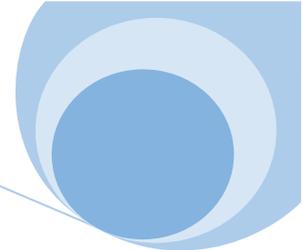


5. CONCLUSÃO

Os estudos enfatizaram que a colaboração do profissional de enfermagem ao paciente grande queimado é bastante complexa, onde o mesmo contribui no resultado do tratamento, favorecendo uma minimização de morbi-mortalidade.

Os profissionais de enfermagem devem estar habilitados para proporcionar um atendimento humanizado com devido acolhimento e apoio para as vítimas de queimadura, contribuindo também para um prognóstico a curto ou a longo prazo.

Portanto, estes profissionais devem estar capacitados para qualquer intercorrência junto ao paciente, ou seja, é necessário que tenham conhecimentos voltados para o processo fisiopatológico, bem como também terapêutica que deve ser ofertada ao paciente queimado, visto que, condutas inadequadas na assistência de enfermagem poderão resultar em algumas consequências, como o surgimento de outras sequelas referentes ao âmbito físico e psicológico, onde em alguns casos podem ser até irreversíveis.



6. REFERÊNCIAS

BATISTA, B. F. C.; CORDOVIL, P. B. L. Perfil epidemiológico de pacientes que sofreram queimaduras no Brasil: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 11, n. 4, p. 246-250, 2012.

CASTILHOS, R. M. A. S.; LOURENÇO, A. P. A identificação de diagnósticos de enfermagem em paciente considerado grande queimado: um facilitador para implementação das ações de enfermagem. *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 9, n. 2, 2010.

CASTRO, A. F. C. *et al.* Monitorização do paciente grande queimado e as implicações na assistência de enfermagem: relato de experiência. *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 10, n. 4, p. 133-137, 2011.

CHAVES, S. C. S. Ações de enfermagem para reduzir os riscos de infecção em grande queimado no CTI. *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 12, n. 3, p. 140-144, 2013.

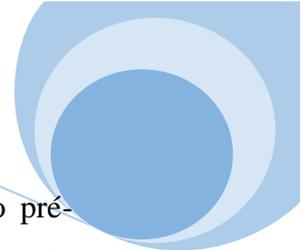
GONÇALVES, T. S. O. *et al.* Assistência de enfermagem com pacientes queimados. *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 11, n. 1, p. 31-37, 2012.

LIMA, D. F. *et al.* Perfil dos pacientes internados em uma unidade de tratamento de queimados. *Revista de enfermagem UFPE*, v. 10, n. 3, p. 1421-31, 2016.

MARINHO, E. P. *et al.* O sentimento e a assistência de enfermagem perante um grande queimado. *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 13, n. 3, p. 127-129, 2014.

MARTINS, J. A. C. S. *et al.* Perfil dos pacientes atendidos por queimaduras em um hospital de referência no norte do Brasil. *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 14, n. 3, p. 198-202, 2015.

SANTOS, A. B. V.; BRANDÃO, E. C. A humanização no cuidado aos pacientes vítimas de queimaduras. *Revista de enfermagem da FACIPLAC*, v. 1, n. 1, p. 1-9, 2018.



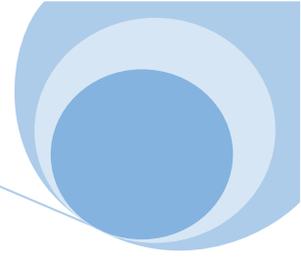
SANTOS, C. A.; SANTOS, A. A. Assistência de enfermagem no atendimento pré-hospitalar ao paciente queimado: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 16, n. 1, p. 28-33, 2017.

SILVA, J. A. C. *et al.* Perfil dos pacientes atendidos por queimaduras em um hospital de referência no norte do Brasil. *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 14, n. 3, p. 197-202, 2015.

SOUSA, J. R. *et al.* Assistência de enfermagem no atendimento hospitalar ao paciente queimado: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, v. 26, n. 3, p. 120-123, 2019.

STUCHI, L. A. R. *et al.* Cuidados locais com as feridas das queimaduras. *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 9, n. 2, p. 54-59, 2010.

VIEIRA, M. H. S.; BATTINELI, R. D.; MARIA, B. Terapia nutricional em pacientes grandes queimados: uma revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 12, n. 4, p. 235-244, 2013.



Capítulo 14

ENFOQUE FAMILIAR NO CUIDADO À HIPERTENSOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DO NORDESTE BRASILEIRO

Nerley P Mesquita, Ingridy R S e Sousa, Kaliny V dos S A Pereira, Nadiela F da Silva Lima, Maria G de S Oliveira, Maria L A Lima, Thaís A G dos Santos, Antônia S de J Sousa, Rita de C D Moura, Sheylla M R Rocha & Thereza M M Moreira

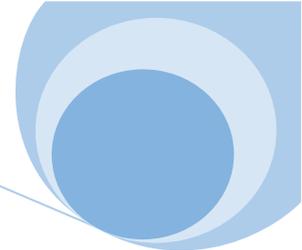
1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente, com custos sociais elevados e que apresenta grandes desafios quanto à adesão ao tratamento (SOUSA, 2013). Uma diversidade de autores discute acerca do que seria a presença ou não de adesão a este tratamento anti-hipertensivo, assim como seus motivos e consequências.

A adesão ao tratamento pode ser entendida, segundo a definição proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como sendo o grau em que o comportamento de uma pessoa representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta e as mudanças no estilo de vida corresponde e concorda com as recomendações de um profissional de saúde (BRASIL, 2006; SABATE, 2008; GUIRADO *et al.*, 2011).

Dessa forma, adesão à terapêutica constitui um processo complexo e multifatorial que envolve vários fatores: características do usuário, a exemplo de aspectos culturais, socioeconômicos e psicológicos, hábitos de vida, projeto de vida; característica da doença e o tratamento medicamentoso (efeitos indesejáveis, esquemas complexos). Nessa perspectiva, o enfoque familiar constitui-se uma ferramenta indispensável no atendimento ao paciente hipertenso, pois qualifica o atendimento e possibilita a criação de demanda pela prevenção e promoção.

O presente estudo visa descrever a importância do enfoque familiar na adesão ao tratamento da hipertensão arterial em um centro de saúde de atenção secundária do Nordeste brasileiro.



2. MÉTODO

Trata-se de um estudo de triangulação de métodos, realizado com 602 hipertensos atendidos em um Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH), em Fortaleza – CE. O número amostral foi calculado por meio da fórmula para população infinita de Pocock.

Com o intuito de averiguar a presença dos pressupostos da integralidade na assistência, aplicou-se um check-list baseado nos pressupostos da Starfield, onde os participantes deram uma pontuação de zero a dez, a partir da visão que possuem a respeito do atendimento recebido no serviço, inclusive o enfoque familiar (consideração da família e do ambiente familiar nas consultas do serviço); e para análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin (2011).

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Estadual do Ceará, sob Nº CAAE: 13457313.7.0000.5534.

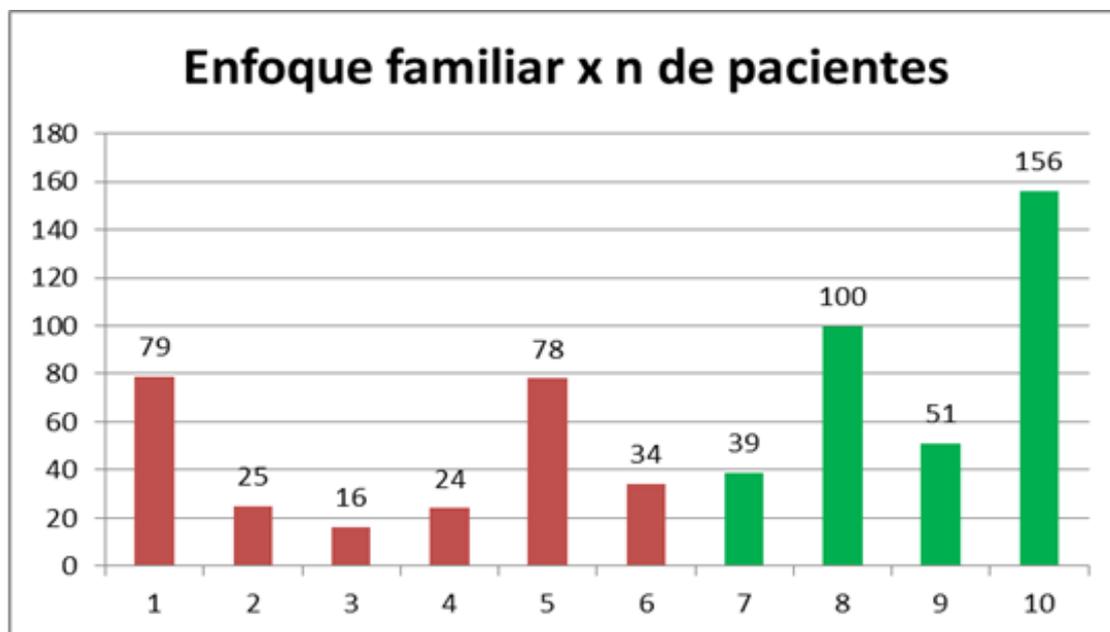
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As doenças crônicas se constituem em preocupação em todo o mundo, em virtude da sua morbimortalidade, gastos do sistema público de saúde, além das perdas individuais e das dificuldades familiares. A adesão ao tratamento anti-hipertensivo constitui-se um grande desafio para clientes e profissionais de saúde, sobretudo porque o desaparecimento dos sintomas, logo no seu início, induz a pessoa adoecida a acreditar que a doença foi curada e muitas vezes suspendem o tratamento (GUEDES *et al.*, 2011). Além disso, os efeitos colaterais dos medicamentos, o esquecimento do uso do medicamento e o custo da medicação, são causas importantes da não aderência ao tratamento farmacológico (RAMOS *et al.*, 2008).

O Gráfico 1 apresenta o enfoque familiar, dispositivo utilizado para avaliar a presença ou não da integralidade na assistência, onde os participantes deram uma pontuação de zero a dez, a partir da visão que possuíam a respeito da consideração da família e do ambiente familiar nas consultas, nos serviços de saúde.



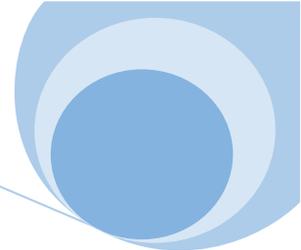
Gráfico 1. Número de participantes do estudo segundo presença ou não do dispositivo Enfoque familiar na assistência aos pacientes hipertensos. Fortaleza – Ceará, Brasil, 2013



Legenda: Notas de 1 a 10. Número de participantes de 0 a 180. Fonte: Dados da pesquisa.

Nesse quesito, foi notória insatisfação dos pacientes. Foram 256 (42,5%) notas abaixo de sete, sendo 71 (11,8%) notas zero. Obteve-se 346 (57,5%) notas positivas, sendo estas atribuídas no intervalo de notas de sete a dez, destacando-se 207 (34,4%) pessoas que atribuíram nota nove ou dez. Esse resultado enfatiza a necessidade de considerar o ser humano como produto e processo do meio em que vive.

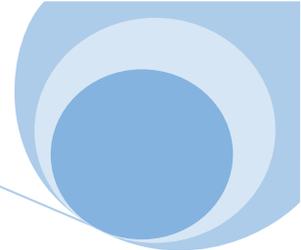
Devido a isso, devem ser consideradas suas relações e relacionamentos, destacando-se o familiar quando avaliado no âmbito da saúde. Dessa forma, a aproximação com a família constitui uma estratégia para aumentar a adesão e criar uma boa relação profissional-paciente. Assim, de acordo com Gusmão et. al (2009), o profissional conseguirá convencer o paciente e seus familiares da existência do problema hipertensão arterial; esclarecer a necessidade de seu tratamento, mostrando seus benefícios; detalhar o regime terapêutico de maneira didática quanto aos horários e os medicamentos; explicar efeitos colaterais do tratamento (hipotensão, tosse, broncoespasmo, distúrbios miccionais e sexuais) e reconhecer preconceitos ou medos do paciente e de seus familiares sobre esses efeitos é essencial para garantir a adesão.



4. CONCLUSÃO

O tratamento continuado e os cuidados com uma doença crônica exigem uma dose altíssima de companheirismo de toda família. Portanto, o cliente deve ser assistido como ser holístico que apresenta necessidades humanas e sociais, que devem ser contempladas numa assistência integralizada, na qual envolvem a família, buscando e proporcionando assim, uma melhor qualidade de vida.

Dessa forma, para que se alcance resultados desejáveis é necessário que o paciente compreenda a hipertensão arterial como uma doença crônica e que essa necessita ser tratada pelo resto da vida, com base em três pilares: medicação, dieta e atividade física orientada, sendo o carinho e apoio familiar indispensável para o sucesso terapêutico.



5. REFERÊNCIAS

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

GUEDES, M. V. C., *et al.* Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. Rev. Brasileira de Enfermagem, v. 64, n. 6, p. 1038-42, 2011.

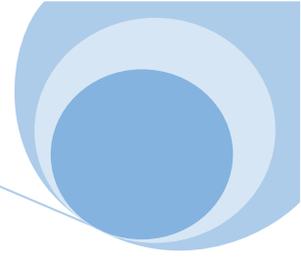
GUIRADO, E. A. *et al.* Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. Gaceta Sanitaria, v. 25, n. 1, p. 62-7, 2011.

DE GUSMÃO, J. L. *et al.* Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. Revista Brasileira de Hipertensão, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

RAMOS, A. L. S. L. Fatores de Risco Cardiovasculares e Adesão ao Tratamento em Pacientes Cadastrados no Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) em Unidade de Referência de Fortaleza, Ceará, 2002-2005. 73 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública de Arouca, Fortaleza, 2008.

SABATE, E. A adesão a longo prazo terapias: Evidências para a ação. Organização Mundial de Saúde OMS, 2008.

SOUSA, A. S. J. Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo e Integralidade do Cuidado em um Centro de Referência do Nordeste Brasileiro. 103 f. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, 2013.



Capítulo 15

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA VERIFICAÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

Matheus G M Brito, Anali L Lima, Brunno Alessandro S Rabelo, Benedito M da Silva Neto, Jaciane S Jacinto, Natalee da S Medeiros, Raquel Ferreira, Thaís S dos Reis & Maria de Lourdes Carvalho

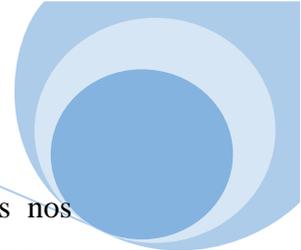
1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em outubro de 2004 a Aliança Mundial para Segurança do Paciente e O Manual para Cirurgia Segura da OMS, que fornece evidências a respeito dos componentes essenciais da assistência cirúrgica segura, as quais formam a base da Lista de Verificação, incentivando os profissionais e a enfermagem a apoiar abertamente o conceito de que a proteção do paciente é fundamental e que na adesão e aplicabilidade do *checklist* possibilita uma assistência cirúrgica com segurança (OMS, 2004).

A assistência cirúrgica vem evidenciando uma abordagem no seguimento da assistência em saúde de maneira global, mesmo com incidências de doenças traumáticas, cardiológicas e cancerígenas sempre prosseguindo e se desenvolvendo, os procedimentos cirúrgicos continuam sendo intervenções na assistência hospitalar (OMS, 2004).

A enfermagem no perioperatório proporciona ao paciente e seus familiares um diálogo para reduzir medos, incertezas e possíveis complicações no ato anestésico e na própria hospitalização. Nesse seguimento, para realização da prática de enfermagem na unidade cirúrgica requer uma avaliação, conhecimento, direcionamento e procedimentos seguros para intervenções de qualidade ao paciente (GUIDO *et al.*, 2014; MONTEIRO *et al.*, 2014).

O *checklist* é um instrumento que possui 19 itens distribuídos em três momentos: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes de o paciente sair da sala de operação. A verificação do *checklist* nas cirurgias ajuda a uma prática de qualidade



por parte da equipe multiprofissional e diminui a mortalidade e complicações nos procedimentos cirúrgicos, e o seu uso é proposto em três partes (FREITAS *et al.*, 2014).

Assim, o objetivo do estudo é verificar a atuação do enfermeiro para uma prática assistencial de qualidade, com a aplicabilidade do checklist ajuda na prática de enfermagem.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão de literatura. Para a coleta de dados foi utilizado o manual do Segundo Desafio Global para Segurança do Paciente: Cirurgia segura salvam vidas, do Google Acadêmico e artigos científicos do LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), DeCS (Descritores em Ciência da Saúde), utilizando-se os seguintes descritores: assistência perioperatória, cuidados de enfermagem, lista de checagem, segurança e protocolos.

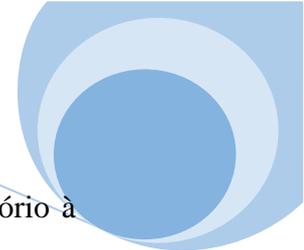
Foram selecionados como critérios de inclusão os artigos publicados no período de 2013 a 2017, disponíveis na íntegra gratuitamente, que apresentavam relação com o tema proposto e a problemática da pesquisa, e respectivos descritores, e como critério de exclusão artigos publicados antes de 2013. Assim, foram selecionados 19 artigos para obtenção dos resultados e discussões.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Constatou-se de maneira quantitativa, por meio de consulta a 19 artigos científicos, que o uso de *checklist* traz resultados positivos, satisfatórios para a equipe de enfermagem através da gestão, segurança ao paciente, qualidade e comunicação. Porém a falta de participação da equipe e não coparticipar dos impressos para cirurgia segura acaba dificultando uma melhor atuação profissional.

A equipe para execução de atividades desempenhadas no centro cirúrgico tem como característica o trabalho de qualidade, coletivo, representado por anestesistas, cirurgiões, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, instrumentador cirúrgico, entre outros profissionais.

A equipe de enfermagem no centro cirúrgico é fundamental, sendo de extrema importância, pois os profissionais prestam cuidados perioperatório ao cliente nesse



setor, desde o momento que o paciente chega ao hospital no período pré-operatório à recuperação anestésica no pós-operatório. Para promover uma melhor assistência na segurança do paciente e uma cirurgia segura, foi elaborado o *checklist* (lista de verificação de cirurgia segura) com o objetivo de reduzir danos (GUIDO *et al.*, 2014; MONTEIRO *et al.*, 2014; ALPRENDE *et al.*, 2017).

O *checklist* cirúrgico é um instrumento proficiente para reduzir riscos adversos em hospitais, no entanto, sua inserção é desafiadora. É um instrumento que serve para a proteção do paciente, sendo utilizado em procedimentos cirúrgicos ou em momentos completamente distintos, antecipando eventuais danos e beneficiando a assistencial de enfermagem (FREITAS *et al.*, 2014; CORONA & PENICHE, 2015; GOMES *et al.*, 2016).

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica é dividida em três momentos, sendo eles: antes a indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala de cirurgia e sua aplicação permite identificar eventos anormais da cirurgia. Vale ressaltar que o preenchimento do *checklist* deve ser realizado por um profissional encarregado, nesse caso, o profissional enfermeiro circulante. Uma das contribuições da lista de verificação é a melhoria na atuação e comunicação entre a equipe cirúrgica, principalmente ao enfermeiro para melhor execução de suas atividades (SANTOS & MORAES, 2013; PANCIERI *et al.*, 2013; PANCIERI, *et al.*, 2014; VETTORAZZI & SELOW, 2015).

Os profissionais de enfermagem analisam o principal ganho em relação ao *checklist* que o mesmo é usado como uma ferramenta dando auxílio para tomada de decisão e ações que direcione a segurança do paciente e equipe, cessando erros, e possibilitando intervenções efetivas. Vale ressaltar que há uma grande qualidade voltada para aplicação do *checklist*, e o enfermeiro é peça fundamental na gestão e no processo de cuidado, possibilitando a melhora do trabalho em equipe.

A gestão é indispensável na atuação do enfermeiro, pois desempenha uma qualidade juntamente com diversas equipes multiprofissional. O enfermeiro é fundamental no diálogo com a equipe e supervaloriza a participação de um método de trabalho baseado na união junto ao grupo para melhores decisões (MONTEIRO *et al.*, 2014; GOMES *et al.*, 2015; BATALHA & MELHEIRO, 2016).

Evidenciam que a comunicação entre os enfermeiros e os profissionais de saúde, é uma maneira efetiva para segurança do paciente e uma assistência de qualidade. Através da conversa que é desenvolvida por diálogos e assim são prescritos cuidados

prestados nas transferências de plantões, contendo anotações nos prontuários, ajudando a reduzir a ocorrência de falhas e dando enfoque na segurança do paciente. Veja a figura 1

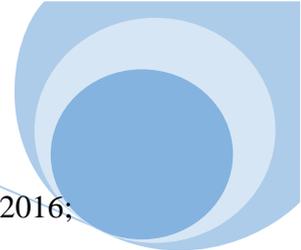
Figura 1. Segundo desafio global para segurança do paciente - cirurgias seguras salvam vidas

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)		
Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes de o paciente sair da sala de operações
IDENTIFICAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO <input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA <input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO <p>O PACIENTE POSSUI:</p> <ul style="list-style-type: none"> ALERGIA CONHECIDA? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM VIA AEREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS 	CONFIRMAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO <input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO <p>EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA? <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUALQUER PREOCUPAÇÕES? <p>A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA 	REGISTRO <p>O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO <input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM) <input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) <input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO <p>O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS, EX: DOB)</p> <p style="text-align: right;">Assinatura _____</p>

Fonte: Adaptado de Orientações para cirurgia segura (OMS, 2009).

A segurança do paciente é a qualidade do serviço prestado pela enfermagem, onde o paciente é cuidado e avaliado pela equipe de enfermagem, para favorecer não somente a segurança do paciente, mas a qualidade da assistência, dando enfoque na confiança da enfermagem na implantação e no uso do *checklist*, que minimiza os riscos e incentiva à adesão de boas práticas e o uso do protocolo de cirurgia segura. Porém, para que haja evolução da assistência, não basta que enfermeiro implante protocolo, mas seja necessário interesse e compromisso de toda a equipe (GUIDO *et al.*, 2014; BATALHA & MELLEIRO, 2015).

Devido a rotina permanente da equipe do centro cirúrgico, a uma resistência da equipe de profissionais que evidenciam que existe desafios associados à inserção e aplicação do protocolo de cirurgia segura, sendo a principal resistência os profissionais médicos em aderir o *checklist* ou qualquer outro protocolo, pois acabam não se adaptando ao processo, não cooperam e dificultam a execução e implantação do *checklist*. A má vontade em responder as perguntas e muitas vezes até retrucam,



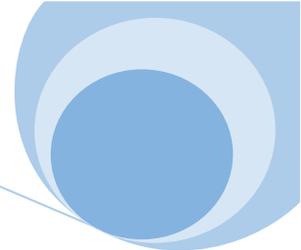
dificultando o processo de comunicação e segurança da cirurgia(SILVA *et al.*, 2016; MIRANDA *et al.*, 2017).

Um dos motivos para não adesão do *checklist* por equipe assistencial do centro cirúrgico (cirurgiões, anestesistas e enfermeiros) é a falta de conhecimento na produção do documento *checklist*, complicando o uso e o manuseio no momento da aplicação. Existe uma dificuldade para utilização e aplicação do *checklist*, conforme o estudo sobre aplicação do protocolo, a falta de conhecimento, interesse e execução da equipe são fatores que interferem nas boas práticas dos profissionais. Porém o uso adequado do *checklist* é demonstrado quando os profissionais entendem e compreendem a utilização desse impresso, para que todos os envolvidos possam realizar sua assistência de maneira mais eficiente e segura.

Para que haja uma melhor comunicação entre os profissionais, e principalmente a quebra da resistência médica pelo uso de *checklist*, é preciso, ações educativas, comprometimento e objetivo conjunto da melhoria da assistência e segurança do paciente. A enfermagem vem desempenhando uma assistência de qualidade, visando uma ação efetiva frente o uso desse instrumento (GERMANO *et al.*, 2016).

O enfermeiro é o grande incentivador para aplicação do *checklist*, e o mais indicado para a checagem, no entanto qualquer profissional que participe da cirurgia pode fazer uso do instrumento cirúrgico, sendo o coordenador do *checklist* da lista de verificação de cirurgia segura. Diante da análise do estudo, foi evidenciado que o enfermeiro é o mais atuante e interativo ao uso do protocolo na sala de cirurgia (SOUZA *et al.*, 2016).

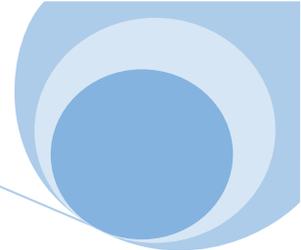
O cuidado ao paciente é primordial por toda a equipe, o tratamento humanizado com carinho, respeito, atenção, ajuda a criar vínculo entre pacientes e profissionais e um melhor prognóstico. A boa comunicação entre profissionais e pacientes minimiza certos receios, dúvidas, ansiedade, medo e fortalece o elo entre os mesmos. A ausência de informação ao paciente, causa apreensão, inquietação, aflição, nesse seguimento, o enfermeiro é peça fundamental para esclarecer informações sobre todo o período cirúrgico, e diminuindo o estresse e preocupação. Vale ressaltar que o enfermeiro, reafirma uma assistência baseada na promoção, proteção, recuperação e reabilitação do paciente tendo como pilar a humanização (BARBOSA *et al.*, 2016).



4. CONCLUSÃO

O enfermeiro tem autonomia na aplicabilidade do *checklist*, pois é o profissional mais indicado por ter um contato mais próximo ao paciente, uma comunicação promovendo conforto e segurança. A lista de verificação possibilitou uma assistência de enfermagem de excelência e qualidade, minimizando riscos e incertezas e dando segurança ao paciente.

Portanto, vale ressaltar que a prática assistencial cirúrgica de qualidade requer a adesão de protocolo, que garante a toda equipe multiprofissional procedimentos seguros, e que o enfermeiro é primordial frente ao uso do *checklist*, seja na gestão, implementação e no diálogo trazendo um envolvimento na dinâmica entre os profissionais.



5. REFERÊNCIAS

AGUIAR, F. C.; MENDES, V. L. P. S. Acreditação hospitalar: a importância da comunicação e da informação para a segurança do paciente. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 40, supl. 1, p. 202-216, 2016.

ALPENDRE, F. T. *et al.* Cirurgia segura: validação de checklist pré e pós-operatório. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, v. 25, e2907, 2017.

BARBOSA, A. C.; TERRA, F. De S.; CARVALHO, J. B. V. De. Humanização da assistência médica e de enfermagem ao paciente no perioperatório em um hospital universitário. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 22, n. 5, p. 699-704, 2015.

BATALHA, E. M. S. S.; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 24, n. 2, p. 432-441, 2015.

BATALHA, E. M. S. S.; MELLEIRO, M. M. Gestão hospitalar e cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de enfermagem. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 40, supl. 1, p. 109-123, 2016.

BRASIL. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

CORONA, A. R. P. D.; PENICHE, A. C. G. A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo de cirurgia segura. *Revista SOBECC*, v. 20, n. 3, p. 179-185, 2015.

FREITAS, M. R. *et al.* Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 30, n. 1, p. 137-148, 2014.



GOMES, C. D. P. P. *et al.* Percepção de uma equipe de enfermagem sobre a utilização do checklist cirúrgico. *Revista SOBECC*, v. 21, n. 3, p. 140-145, 2016.

GUIDO, L. A. *et al.* Cuidado de enfermagem perioperatório: revisão integrativa de literatura. *Journal Research.: Fundamental. Care Online.*, v. 6, n. 4, p. 1601-1609, 2014.

MIRANDA, A. P. *et al.* Contribuição da enfermagem à segurança do paciente: revisão integrativa. *SANARE*, v. 16, n. 01, p. 109-117, 2017.

Monteiro E. L., Melo C. L., Amaral T. L. M. *et al.* Cirurgias seguras: elaboração de um instrumento de enfermagem perioperatória. *Revista SOBECC*, v. 19, n. 2, p. 99-109, 2014.

MONTEIRO, F.; SILVA, L. R. “Checklist” Lista de verificação de segurança cirúrgica: avaliação e intervenção. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, v. 12, p. 482-485, 2013.

PANCIERI, A. P. *et al.* Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 34, n. 1, p. 71-78, 2013.

PANCIERI, A. P.; CARVALHO, R. De; BRAGA, E. M. Aplicação do checklist para cirurgia segura: Relato de experiência. *Revista SOBECC*, v. 19, n. 1, p. 26-33, 2014.

PANCIERI, A. P.; CARVALHO, R.; BRAGA, E. M. Aplicação do checklist para cirurgia segura: Relato de experiência. *Revista SOBECC*, v. 19, n. 1, p. 26-33, 2014.

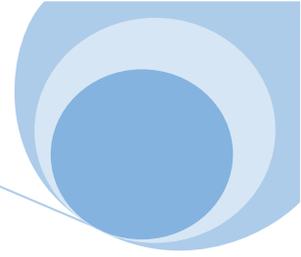
REIS, G. A. X; HAYAKAWA, L. Y.; MURASSAKI, A. C. Y. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermagem gestores. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 26, n. 2, 2017.

SANTOS, C. M.; CAREGNATO, R. C. A.; MORAES, C. S. Equipe cirúrgica: adesão à meta 1 da cirurgia. *Revista SOBECC*, v. 18, n. 4, p. 47-56, 2013.



SOUZA, R. M. *et al.* Aplicabilidade do checklist de cirurgia segura em centros cirúrgicos hospitalares. Revista SOBECC, v. 21, n. 4, p. 192-197, 2016.

VETTORAZZI, M.; SELOW, M. L. C. O protocolo de cirurgia segura como ferramenta de gestão e garantia de qualidade em centro cirúrgico. Vitrine de Produção Acadêmica, v. 3, n. 2, p. 300-650, 2015.



Capítulo 16

COMPROMETIMENTOS NEUROPSICOLÓGICOS DECORRENTES DE LESÕES ENCEFÁLICAS TRAUMÁTICAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Pedro F de A Rangel, Milena F de Oliveira, Rodrigo S Maia

1. INTRODUÇÃO

A presente revisão pretende investigar uma categoria específica de trauma: o traumatismo cranioencefálico (TCE). Para tanto, faz-se imprescindível realizar, primeiramente, uma caracterização de tal categoria. Nesse sentido, o TCE pode ser identificado a partir de lesões anatômicas provocadas por eventos traumáticos na região da cabeça. Especificamente, tais lesões são categorizadas a partir de consequências disfuncionais em áreas como o couro cabeludo, crânio, encéfalo, entre outras, configurando-se como uma grande causa de incapacidade funcional. (GAUDÊNCIO & LEÃO, 2013).

Ademais, também é necessário salientar que o TCE tem possibilidade de ser oriundo de diversas situações do cotidiano. No Brasil, o acidente de trânsito se configura como a principal causa, seguido por quedas e pela violência urbana (ARRUDA *et al.*, 2015). Esse, portanto, trata-se de um problema que perpassa o âmbito da saúde pública, pois, acompanhado de tal fenômeno, visualizam-se altas incidências de morbidade e mortalidade populacional, sendo a principal causa desta última em crianças a partir dos cinco anos e representa 50% de mortalidade no que se refere à adolescência (*ibid*).

Voltando-se, agora, para uma discussão de cunho clínico, Santos (2002, p.98) aponta que “nas situações de TCE há muitos fatores responsáveis pela lesão cerebral. O tipo de traumatismo, a gravidade e a localização da lesão determinam as consequências, tanto na fase aguda, como em estágios posteriores”. Nesse sentido, é possível observar que a problemática gira em torno de um contexto multifatorial, não sendo possível



apontar precisamente, de maneira uniforme, informações tais como quais prejuízos afetarão o organismo ou o tempo necessário no processo de reabilitação ou ainda quais comprometimentos neuropsicológicos são decorrentes desses quadros clínicos, pois essa análise é realizada singularmente, a partir de cada caso.

2. MÉTODO

Este trabalho trata-se de uma revisão integrativa, realizada no portal eletrônico da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no Portal de Periódicos CAPES e na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Utilizou-se os descritores “traumatismo cranioencefálico” e “neuropsicologia” em português. Foram selecionados artigos no idioma português; excluindo-se artigos não disponíveis totalmente na íntegra e revisões bibliográficas. Os resultados foram sistematizados por intermédio de um instrumento para compilação dos dados, a saber planilha utilizada no programa Excel[®], seguido de leitura com análise textual, temática e interpretativa dos dados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Encontraram-se, ao todo, 31 produções científicas. No entanto, apenas 4 foram selecionadas e revisadas conforme os critérios de inclusão e exclusão.

Dentre os estudos encontrados, verifica-se que dois estudos tematizam sobre a investigação de sequelas em pacientes vítimas de TCE. O primeiro verificou a ocorrência de heminegligência e déficit atencional no grupo relatado, a partir da aplicação de testes neuropsicológicos específicos (CALVETTE *et al.*, 2013). Por sua vez, o segundo abordou o perfil neuropsicológico de um caso particular, a fim de identificar e caracterizar as alterações decorrentes do TCE (COTRENA *et al.*, 2015).

Ademais, o terceiro estudo discute o uso de testes neuropsicológicos, especificamente, o *Wisconsin Card Sorting Test* e *Trail Making Test*, com o intuito de investigar possíveis simuladores entre pacientes vítimas de TCE, os quais visavam recompensa monetária (SOUSA *et al.*, 2013). Por fim, o quarto estudo apresenta a adaptação transcultural - a partir do francês para o português brasileiro - da Bateria Montreal de Avaliação da Comunicação (MAC), a qual avalia o comprometimento da

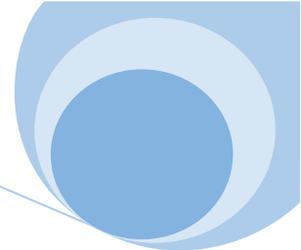


linguagem comunicativa em lesões de hemisfério cerebral direito, decorrentes de TCE (FONSECA *et al.*, 2007)

4. CONCLUSÃO

À guisa de conclusão, ressaltamos que, diante dos resultados encontrados e expostos, o fenômeno do traumatismo cranioencefálico, de modo geral, é um assunto que toca as esferas da saúde pública nacional. Observamos que há uma quantidade escassa de estudos que versam sobre a temática, ao mesmo tempo em que se percebe carência de estudos que objetivam relacionar TCEs com o campo de estudo da neuropsicologia.

Consequentemente, a partir da revisão integrativa que realizamos, sugerem-se novos estudos que explorem os comprometimentos neuropsicológicos entre sobreviventes de TCEs, de modo a que retratem o cenário brasileiro, para assim, subsidiar políticas públicas voltadas ao manejo das sequelas decorrentes do quadro. O presente estudo apresenta algumas lacunas, na medida em que revisa apenas literatura nacional brasileira sobre a temática. Para lidar com tal lacuna, sugerimos futuras revisões integrativas que contemplem literatura internacional sobre o tema.



5. REFERÊNCIAS

ARRUDA, B. P. *et al.* Traumatismo crânio encefálico e suas implicações cognitivas e na qualidade de vida. *Acta fisiátrica*, v. 22, n. 2, 2015.

CALVETTE, L. F.; JOANETTE, Y.; FONSECA, R. P. Traumatismo cranioencefálico: avaliação da ocorrência de heminegligência e de déficit atencional por tarefas de cancelamento. *Avances en Psicología Latinoamericana*, v. 31, n. 1, p. 121-130, 2013.

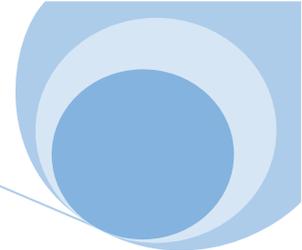
COTRENA, C.; FIGUEIREDO, Â. L.; FONSECA, R. P. Perfil Neuropsicológico Pós-Traumatismo Cranioencefálico: Há Sempre Extensas Sequelas Cognitivas? *Ciências & Cognição*, v. 20, n. 1, 2015.

FONSECA, R. P. *et al.* Processo de adaptação da bateria Montreal de avaliação da comunicação: bateria MAC - ao português brasileiro. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 20, n. 2, p. 259-267, 2007.

GAUDÊNCIO, T.; LEÃO, G. A Epidemiologia do traumatismo crânio-encefálico: um levantamento bibliográfico no Brasil. *Revista Neurociências*, v. 21, n. 03, p. 427-434, 2013.

SANTOS, M. E. Traumatismos crânio-encefálicos: características e evolução. *Psicologia*, Lisboa, v. 16, n. 1, p. 97-122, jan. 2002.

SOUSA, H.; MACHADO, M.; QUINTAS, J. Detecção de simulação com o uso do wisconsin card sorting test e do trail making test. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 29, n. 1, p. 15-20, 2013.



Capítulo 17

CORRELATOS ENTRE O USO DE REDES SOCIAIS E PERCEPÇÃO DE SOLIDÃO

Radames C do Nascimento, Davi D de Souza do Nascimento, Keila de Brito Veras;
Ricardo N Couto, Paulo G N da Silva, Thayro A Carvalho & Guilherme S de Moraes
Silva

1. INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, a internet se tornou uma ferramenta indispensável para a comunicação. Esta tem sido utilizada cada vez mais em aparatos tecnológicos que potencializam as suas funcionalidades, a exemplo de *smartphones*, tablets e notebooks. Segundo Canaltech, (2014), as trocas de informações, sejam elas por finalidades laborais ou relacionadas a aspectos da vida pessoal e no âmbito coletivo da sociedade, acontecem em tempo real. Nesse concerne, QUINELATO (2017) afirma que, o uso da internet traz uma melhora na troca de informações, além de trazer a oportunidade de aproximação das redes sociais, que possui um papel importante no cotidiano, devido às oportunidades que oferecem em termos de acesso ao conhecimento, interação e comunicação, conectando o indivíduo a outras partes do mundo.

Especificamente, considerando as redes sociais, percebe-se que nos últimos anos está tem se desenvolvido rapidamente, fornecendo possibilidades de sua aplicação em diferentes níveis da vida, que possibilitam uma maior visibilidade social, por meio da exposição de assuntos pessoais, das experiências diárias, ou até mesmo pensamentos filosóficos, políticos e religiosos (SIBILIA, 2003). Tais características, acarretam em um efeito benéfico e positivo, pois melhoram a rapidez na comunicação humana.

Entretanto, o uso persistente e indiscriminado pode ocasionar problemas a saúde de seus usuários (ESCURRA MAYAUTE & SALAS BLAS, 2014). Reforçando ainda essa variável, Fonsêca *et al.* (2018) afirma que as facilidades que a internet traz são muitas, necessitando-se apenas de um aparelho *smartphone* em mãos para ter acesso a informações de diferentes categorias. Entretanto, observa-se que tais facilidades têm dificultado o convívio de indivíduo com o seu meio social, por permanecerem cada vez



mais conectados ao mundo virtual, ocasionando um senso adequado de pertencimento social e atenua o sentimento de solidão (YAVICH *et al.*, 2019).

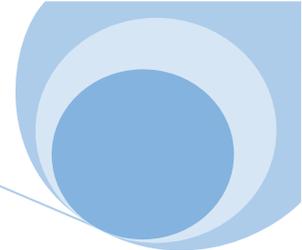
A solidão refere-se não apenas a sentir-se sozinho, mas não se encontra a companhia desejada, ou quando, de qualquer forma, se sente isolado (POCINHO & MACEDO, 2017). Assim, Holt-Lunstad *et al.* (2015) salientam que a solidão se refere a percepção do isolamento social, ou a experiência subjetiva de ser solitário, ou ainda a discrepância entre as relações sociais desejadas e reais.

Esse concerne, considerando o crescente uso das redes sociais e o fato de as pessoas terem muitas horas nas redes sociais e menos tempo envolvidos nas interações reais (frente a frente), faz-se necessário estudos que considerem as variáveis em questão (YAVICH *et al.*, 2019). Para tanto, parte-se da seguinte pergunta: Com as novas formas de comunicação evoluindo através da tecnologia e da internet, que vem sendo usada cada vez mais para minimizar as fronteiras geográficas que existem na comunicação global e partindo do pressuposto que a solidão tem tido um grande aumento nas últimas décadas podendo ser caracterizada como um sintoma de alguns problemas de saúde como a depressão, procurou-se identificar o quanto as redes sociais estão envolvidas com o sentimento de solidão na atualidade. Assim, a partir dessa indagação, buscou-se entender a relação que existe atualmente entre as redes sociais e o sentimento de solidão.

2. MÉTODO

2.1. Participantes

A amostra foi composta por 218 pessoas com idade média de 24 anos, que responderam um questionário online da plataforma “*google docs*”, disponibilizado através de um link em redes sociais, como Facebook, Instagram e WhatsApp. A maior parte das pessoas que participou da pesquisa era do sexo feminino (68,3%), o estado civil predominante foi o solteiro (78,4%), a atividade de ocupação mais mencionada foi a de estudante. Quanto a renda familiar, os valores variaram de R\$ 400,00 até R\$ 7.500,00, segundo as respostas coletadas. Para participar do presente estudo foi adotado o critério de inclusão de ter acesso a internet, mais especificamente as redes sociais.



2.2. Instrumentos

Cada participante respondeu um livreto com as seguintes escalas:

CARS: desenvolvida no idioma espanhol, por Ecurra Mayaute & Salas Blas (2014), é composta por 24 itens, que são respondidos em uma escala do tipo Likert contendo cinco pontos, que tem uma variação 1 = nunca e 4 = Sempre; o instrumento foi adaptado e validado para o contexto brasileiro por Fonsêca *et al.* (2018). O instrumento busca representar o comportamento dos indivíduos relacionados ao uso dependente dos *smartphones* e redes sociais. Apresenta um índice satisfatório de fidedignidade ($\alpha = 0,95$).

UCLA: Essa escala foi construída por Russel, Peplau & Ferguson (1978), e revisada por Russel, Peplau & Cutrona (1980), passou por uma adaptação para o idioma português brasileiro por Barroso *et al.* (2016). A escala é utilizada para avaliar o construto solidão; os participantes são convidados a relatarem suas percepções com relação a esse sentimento. O instrumento é construído com 20 itens a serem respondidos em uma escala tipo Likert, os pontos a serem marcados variam de 1 = Nunca até 4 = Muitas vezes. Apresenta uma estrutura unifatorial e com consistência interna satisfatória (alfa de Cronbach = 0,94).

Questionário sociodemográfico: as perguntas aqui feitas visam caracterizar os participantes quanto a idade, sexo, estado civil, etc.

2.3. Análise de dados

Utilizando o software SPSS, versão 21, foram executadas as estatísticas descritivas para assim, caracterizar a amostra e as análises de correlação que existiam nos escores totais das medidas que foram utilizadas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de atingir o objetivo da pesquisa foi realizada uma correlação r de Pearson considerando as variáveis do estudo. Assim, foi possível verificar uma relação positiva e estatisticamente significativa entre os fatores do CARS e UCLA ($r = 0,45$; $p < 0,01$).



Tal resultado demonstra que quanto mais acesso às redes sociais, maiores são os índices de solidão apresentados pelos participantes do estudo.

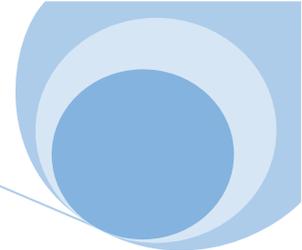
Segundo Labadessa (2012), as redes sociais, mesmo sendo um importante recurso profissional e pessoal, criam um mundo fragilizado nas relações, pois propiciam falta de uma interação pessoalmente. Para demonstrar uma possível consequência dessas redes fragilizadas. Santos & Nacarti (2016) afirmam que as pessoas estão se camuflando através das redes sociais, mostrando muitas vezes aquilo que não são, para proteger suas verdadeiras identidades.

Dessa forma, o fato de usar a internet, mais especificamente as redes sociais, causa um paradoxo, pois embora propicie um maior contato entre pessoas, esse contato se fragiliza em função da distância, pois devido as facilidades já mencionadas, se torna mais cômodo resolver as questões pessoais online (REIS *et al*, 2016). Ainda de acordo com os autores mencionados, quando se estabelece um conjunto de relacionamentos e interações presenciais o indivíduo tende a vivenciar menos os sintomas de solidão, o que mais uma vez confirma os dados obtidos com a pesquisa.

4. CONCLUSÃO

Com os resultados foi possível confirmar as hipóteses iniciais de existência de uma correlação dos itens pesquisados, dessa forma observou-se que a internet tem um grande papel na sociedade em diversos setores que vão desde o trabalho até o convívio social, porém, com o seu uso exacerbado, ela começa a tornar-se prejudicial à saúde como um todo.

O artigo contribui para a psicologia como ciência, porque traz para o campo uma pesquisa de uma temática vigente nos últimos anos, com informações atuais; e como profissão, pois poderá ajudar profissionais atuantes e estudantes a expandir mais os conhecimentos sobre as possíveis relações que possam vir a existir entre o sentimento de solidão e o meio onde ele acontece ampliando o assunto e possibilitando a formação de novas intervenções.



5. REFERÊNCIAS

BARROSO, S. M. *et al.* Evidências de validade da Escala Brasileira de Solidão UCLA. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 65, n. 1, p. 68-75, 2016.

CANALTECH, A. Internet nos dias de hoje. São Paulo. Seu microseguro como se proteger mais e melhor. 2014. Disponível em: <<https://seumicroseguro.com/2014/12/06/a-internet-nos-dias-de-hoje/>> acesso em 16. Mar. 2019.

ESCURRA MAYAUTE, M.; SALAS BLAS, E. Construcción y validación del cuestionario de adicción a redes sociales (ARS). *Liberabit*, v. 20, n. 1, p. 73-91, 2014.

FONSÊCA, P. N. *et al.* Uso de redes sociais e solidão: evidências psicométricas de escalas. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 70, n. 3, p. 198-212, 2018.

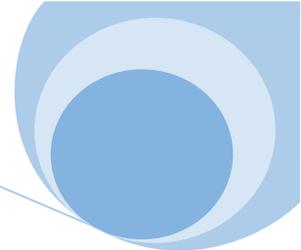
HOLT-LUNSTAD, J. *et al.* Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science*, v. 10, n. 2, p. 227-237, 2015.

LABADESSA, E. O uso das redes sociais na internet na sociedade brasileira/Use of the internet networks in brazilian society. *Revista Metropolitana de Sustentabilidade*, v. 2, n. 2, p. 82-94, 2015.

POCINHO, M.; MACEDO, E. Solidão: Um construto complexo. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, n. 32, p. 53-66, 2017.

QUINELATO, R. Benefícios e Malefícios da Internet. São Paulo. Blog do Vestibular. 2017. Disponível em: <<https://www.blogdovestibular.com/atualidades/beneficios-e-maleficios-da-internet.html>> Acesso em 16. Mar.2019.

REIS, P. C. S. Da S. *et al.* A solidão em utilizadores portugueses do Facebook. *Psicologia & Sociedade*, v. 28, n. 2, p. 237-246, 2016.



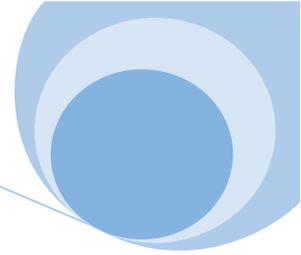
RUSSELL, D.; PEPLAU, L. A.; FERGUSON, M. L. Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, v. 42, n. 3, p. 290-294, 1978.

RUSSELL, D.; PEPLAU, L. A.; CUTRONA, C. E. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 39, n. 3, p. 472, 1980.

SANTOS, S. J. D. S.; NACARATI, M. R. As redes sociais e a solidão humana. XIII EVIDOSOL e X CILTEC-Online 2016. Disponível em: <<http://evidosol.textolivre.org/papers/2016/upload/67.pdf>> Acesso em 29 Mar.2020.

SIBILIA, P. Os diários íntimos na internet e a crise da interioridade psicológica. XI Encontro da Compós, 2003.

YAVICH, R.; DAVIDOVITCH, N.; FRENKEL, Z. Social Media and Loneliness--Forever Connected? *Higher Education Studies*, v. 9, n. 2, p. 10-21, 2019.



Capítulo 18

IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÃO TELEFÔNICA NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS: Relato de experiência

Rafaela P. Lima¹, Paulo Cilas de C. Sousa¹, Emanuel W. C. Lima¹, Lairton B. Oliveira¹,
Antonia Fabiana R. da Silva² & Ana Roberta V. da Silva³

¹ Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí – UFPI;

² Mestranda em Ciências e Saúde – CCS/UFPI;

³ Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará- UFC.

1. INTRODUÇÃO

A intervenção telefônica vem sendo utilizada como uma estratégia educativa e inovadora no âmbito da saúde desde a década de 70, para prestar acompanhamento a pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes mellitus, ou para aconselhamentos em saúde (FERNANDES *et al.*, 2016), passando a ser considerada uma forma de comunicação efetiva por parte do profissional, que deve ser capaz de negociar e motivar o usuário através do uso de uma linguagem compreensível e adequada à realidade, tendo como enfoque fundamental o usuário e suas necessidades em relação ao autocuidado/cuidado integral (VASCOCELOS *et al.*, 2013). Este relato tem como objetivo descrever experiências vivenciadas por acadêmicos dos Cursos de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal do Piauí (UFPI/CSHNB) durante coletas de dados realizadas em Unidades Básicas de Saúde (UBSs), no município de Picos-PI.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em Unidades Básicas de Saúde que assistem usuários portadores de diabetes mellitus no município de Picos – PI, nos meses de Janeiro a Março do ano de 2019, o qual iniciou-



se com a aplicação de um formulário adaptado (Apêndice A), como instrumento de coleta de dados, contendo perguntas acerca do conhecimento dos entrevistados no que tange a tomada de medidas de autocuidado, com o intuito de identificar e mensurar o conhecimento dos clientes sobre sua condição patológica e posteriormente propor a implementação das intervenções telefônicas como forma de propagação de informações, como alimentação, importância da prática de exercícios físicos, controle da glicemia, cuidados com os pés, entre outros, para promover uma melhor qualidade de vida.

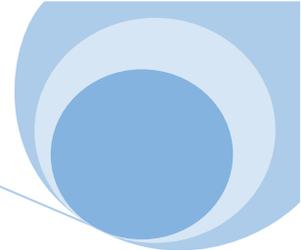
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o processo de coleta de dados foi perceptível um déficit de conhecimento por parte dos entrevistados, sobre os cuidados básicos que um indivíduo portador do diabetes mellitus deve possuir, tendo como um de seus fatores determinantes o baixo nível de escolaridade, que foi apresentado pela maioria dos usuários, que tinham concluído apenas o ensino fundamental e que faziam a utilização de métodos não científicos, isto é, a utilização de conhecimento empírico como forma de autocuidado. Verificou-se através da observação e de relatos que os mesmos não buscavam os serviços de saúde, pois não apresentavam sintomatologia e que não havia necessidade de sair de suas residências para buscarem apenas informações de autocuidado, sendo assim, logo notou-se interesse dos mesmos em participar das intervenções telefônicas propostas.

Tornando notório a relevância em aprimorar estudos sobre essas práticas integrativas em saúde e sua implementação pelos serviços.

4. CONCLUSÃO

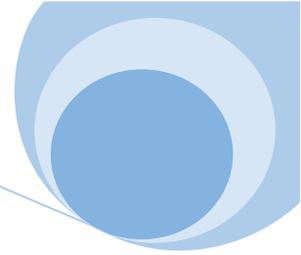
As coletas realizadas permitiram aos acadêmicos observar a relevância da utilização de tecnologias inovadoras para a promoção de uma assistência integrada, conhecendo a realidade dos usuários e através das informações obtidas, aplicar as intervenções telefônicas com o intuito de promover e prevenir agravos decorrentes da falta ou deficiência do seu entendimento sobre a realização dessas ações de autocuidado e estimular sua realização de maneira correta no seu cotidiano.



5. REFERÊNCIAS

FERNANDES, B. S. M. *et al.* Avaliação da intervenção telefônica na promoção do autocuidado em diabetes: ensaio clínico randomizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 24, n. e2719, p. 1-9, 2016.

VASCONCELOS, H. C. A. *et al.* Eficácia de intervenções que utilizam o telefone como estratégia para o controle glicêmico: revisão integrativa da literatura. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 239-246, 2013.



APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA
DE DADOS

Adaptação do formulário Conhecimento e prática de autocuidado de pacientes diabéticos no que concerne à prevenção de lesões nos pés (SOUZA, 2008).

Código: _____ - () GI () GC

TELEFONES (celulare/ouresidencial): _____

I – Perfil sóciodemográficos dos sujeitos

1-Sexo: 1.1-() feminino 1.2-() masculino

2.Idade: _____

3.Estado civil: 3.1-() solteiro(a) 3.3-() viúvo(a) 3.5-() separado(a)
3.2-() casado(a) 3.4-() estável 3.6-() divorciado (a)

4.Escolaridade:

4.1-()Analfabeto 4.3-() ensino médio 4.6-() ensino superior incompleto
4.2-() ensino fund. Completo 4.5-() ensino médio incompleto 4.7-() ensinossuperior

5. Ocupação: _____

6. Rendafamiliar: _____

7. Mora com: 7.1 ()esposo(a) 7.3 () filhos 7.2 () companheiro(a) 7.4 ()sozinho

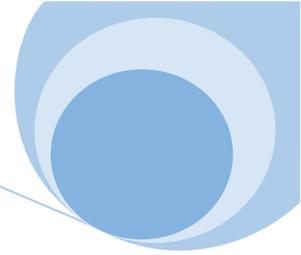
II – Descobrimdo odiabetes

PesoAltura _____ **IMC** _____ **PressãoArterial** _____

Possui Hipertensão Arterial? Sim() Não()

Se sim, surgiu antes da DM() Após a DM()

8. Como o senhor (a) descobriu ser diabético(a)?



9. Tempo de diabetes: _____

10. Com que frequência verifica a glicemia capilar?

10.1 nunca 10.2 diariamente 10.3 semanalmente

10.4 mensalmente

11. Frequência das consultas nos últimos 12 meses:

11.1 1 x por mês 11.3 a cada três meses 11.5 nenhuma

11.2 a cada 2 meses 11.4 a cada 6 meses

12. Tipo(s) de tratamento(s):

12.1 hipoglicemiantes orais 12.3 exercícios físicos

12.2 insulina 12.4 educação alimentar

13. O senhor (a) toma a medicação:

13.1 sempre 13.2 raramente 13.3 nunca 13.4 na presença de sintoma

14. Já ficou internado(a) algumas vezes devido ao diabetes e/ou suas complicações:

14.1 sim MOTIVO: _____

14.2 não

15. Tem complicações macrovasculares ou microvasculares?

15.1 sim 15.1.1 doenças cardíacas 15.1.2 neuropatias

15.2 não 15.2.1 nefropatia 15.2.2 retinopatia

16. Possui alguma outra doença?

16.1 Colesterol alto Parkinson Outra _____

16.2 Osteoporose Alzheimer

III - Conhecimento e prática dos clientes diabéticos sobre o cuidado com os pés

17. O que o Sr (a) faz para cuidar dos seus pés?

17.1 lava 17.2 seca 17.3 hidrata 17.4 faz massagem

18. Com que frequência lava os seus pés?

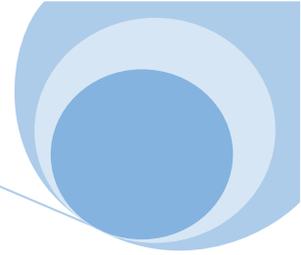
18.1- nenhuma vez 18.2 - 1 x ao dia 18.3- 2 x ao dia

18.4- + de 2 x

19. Seca-os?

19.1- sim 19.2- não 19.3- as vezes

20. Caso afirmativo como seca os pés e com quê?



21. Faz uso de algum tipo de hidratante para os pés?

21.1- () sim 21.2- () não 21.3- () as vezes

22. Conhece algum tipo de tratamento caseiro para os pés?

22.1-() sim 21.1.1-() aplicações quentes 21.1.2-() aplicações frias
22.2 () não 21.1.3-() calçadas 21.1.4-() plantas 21.1.5-() outros

23. Quanto aos calçados o sr (a) pode dizer qual o tipo, o formato e o material que a pessoa diabética pode usar?

23.1 Tipo: 22.1.1 () sim Qual _____ 22.1.2 () não
23.2 Formato: 22.2.1 () sim Qual _____ 22.2.2 () não
23.3 Material: 22.3.1 () sim Qual _____ 22.3.2 () não

24. Qual o calçado que o sr(a) usa habitualmente?

24.1-() bico fino 23.3-() fechado e macio 23.5-() salto maior que 5 cm
23.2-() aberto-tipo sandálias 23.4-() fechado e apertado
23.6-() salto menor que 5 cm
23.7 () sem salto

25. Costuma inspecionar (olhar) os calçados internamente antes de usá-los?

25.1 () sempre 24.2 () as vezes 24.3 () raramente 24.4 () nunca

Por _____ quê?

26. Costuma limpar os calçados?

26.1-() sempre 25.2-() as vezes 25.3-() raramente 25.4 () nunca

27. Tem o hábito de cortar as unhas?

27.1 () sim 27.2 () não

Por quê?

28. Qual o corte das unhas?

28.1 () arredondada 28.2 () reta

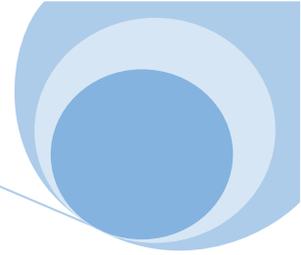
29. Instrumento utilizado para cortar as unhas?

29.1-() tesoura com ponta 29.3-() estilete 29.5-() outros: _____
29.2-() tesoura sem ponta 29.4() canivete

30. Costuma usar meias?

30.1-() sempre 30.2-() as vezes 30.3-() raramente 30.4-() nunca

31. O material das meias são:



31.1-() lã 31.2-() algodão 31.3-() sintético

31.4-() outros: _____

32. Quais os problemas nos pés o diabético pode apresentar?

33. Qual a importância do autoexame dos pés?

34. Realiza o autoexame (examina/olha) dos pés? 33.1 () sim 33.2 () não

Como faz? _____

35. Frequência com que examina os pés:

35.1-() sempre 35.3-() raramente 35.5-() quando lembra

35.2-() as vezes 35.4-() nunca

36. Na presença de lesões o que faz para tratá-las?

37. Para o diabético é importante a realização de exercício físico?

37.1 () sim: Por quê? _____

37.2 () não

38. Pratica exercício físico?

38.1 () sim: Qual(is) / frequência: _____

38.2 () não: Por quê? _____

IV - Fatores impeditivos e limitantes para a prática do autocuidado

39. Apresenta algum tipo de limitação física para a prática do autocuidado?

39.1 () sim 39.1.1 () problemas de visão 39.1.2 () problemas de mobilidade

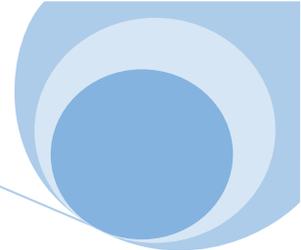
39.2 () não

40. Tem ajuda familiar para a prática do cuidado com os pés?

40.1 () sempre 40.2 () as vezes 40.3 () raramente 40.4 () nunca

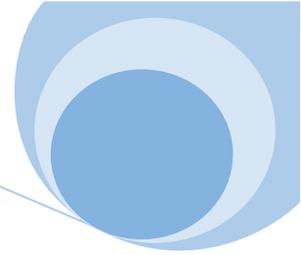
41. O que impede o sr(a) de realizar o cuidado com os pés?

V- Prática de autocuidado dos clientes diabéticos com os pés



42- O (A) sr (a) pratica algumas dessas ações com seus pés?

- Lava os pés uma vez por dia
- Seca os pés após o banho
- Após o banho seca entre os dedos do pé
- Faz hidratação dos pés com cremes ou óleos hidratantes nos calcanhares
- Faz hidratação na planta do pé (palma do pé ou parte de baixo do pé)
- Usa meias de algodão
- Usa calçado fechado, macio e sem costura
- Inspecciona (olha) e palpa todo dia a parte de dentro antes de calça-lo
- Corta as unhas sempre retas e no formato quadrado
- Corta as unhas tesoura sem ponta



Capítulo 19

INCIDÊNCIA DOS CASOS DE DENGUE (2018-2019) NO ESTADO DO PIAUÍ

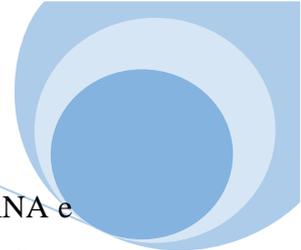
Raynnã Da S Soares, Raíssa F Guedes, Ravena F Guedes, Janicélia A Da Silva, Jackeline R Da Silva, Cássia B Silva, Felicianna C F Machado, Hugo De A De Amorim, Denise C De Sousa, Antônio ANM Júnior, Larissa MF Gonçalves, Wagner C Lima & Manoel L Da S Filho

1. INTRODUÇÃO

A dengue é uma enfermidade caracterizada como um severo problema de saúde pública nas regiões em desenvolvimento. Ainda existem várias questões a serem elucidadas sobre a moléstia, desde a erradicação dos locais onde os dípteros se desenvolvem até o combate à cadeia de transmissão da doença com o incremento de políticas públicas de controle da mesma. A distribuição geográfica dessa arbovirose tem sido considerada desigual entre os países, e dentro dos próprios países. A análise da distribuição espacial da patologia proporciona a criação de hipóteses esclarecedoras em relação a manutenção da condição em determinadas áreas geográficas, ainda que exista incontáveis esforços para o extermínio da doença (ARAÚJO *et al.*, 2008).

De acordo com Araújo *et al.* (2008), algumas causas para a distribuição desigual das doenças e, especialmente da dengue, têm sido dadas a partir da análise dos determinantes sociais que são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais. Nesta acepção, o geoprocessamento, compreendido como um grupamento de procedimentos voltados para a coleta e tratamento de informações espaciais para um propósito específico, pode ser apontado como um instrumento de muita utilidade na saúde pública.

Conforme Costa *et al.* (2011), a dengue é uma das doenças infecciosas mais constantes no país e um dos principais quebra-cabeças de saúde pública no planeta, especialmente em regiões tropicais e subtropicais. Essa patologia, transpõe quadro clínico de início instantâneo e amplo, diversificando desde formas sintomáticas e oligossintomáticas, até quadros graves com hemorragias e choque. Etiologicamente, seu



agente causador é um vírus que pertence à família *Flaviviridae* com genoma de RNA e quatro sorotipos conhecidos (DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4). Sua transmissão é realizada pelo díptero da espécie *Aedes aegypti*, principal transmissor, geralmente dispõe de recipientes artificiais para propagação vetorial, dessa forma, transformando essa espécie preponderantemente urbana.

Assim sendo, Pego *et al.* (2014) relata que o vertiginoso aumento de ocorrência da dengue tem se estabelecido em um crescente objeto de atenção para a população e, em particular, para as autoridades de saúde, em virtude das adversidades encontradas para o monitoramento das epidemias produzidas por esse vírus e pela necessidade de expansão da capacidade instalada dos serviços de saúde pública para atendimento aos indivíduos acometidos com quadros graves.

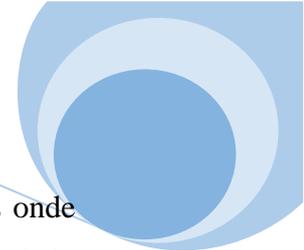
Diversos elementos contribuem para o alastramento da doença e entre os principais estão: expansão da densidade populacional, as alterações climáticas (aumento do aquecimento global), exportações de mercadorias contendo ovos do mosquito, bem como a facilidade em realizar viagens para países endêmicos (PEGO *et al.*, 2014).

A propagação geográfica da dengue e o crescimento da incidência de casos têm sido repetidamente arrolados a fatores climatológicos, como o aquecimento global e a frequência e severidade dos fenômenos *El Niño* e *La Niña*, que influenciam na ocorrência das precipitações e produzem transformações na diversidade biológica dos países em desenvolvimento, nas regiões tropicais e subtropicais, ocasionando a continuidade do seu principal transmissor (PEGO *et al.*, 2014).

Dessa maneira, Costa *et al.*, (2011), afirma que esta arbovirose atinge a população de todos os estados do Brasil, independentemente da classe social. No ano 2001, dos 3.567 municípios dos 26 estados e do Distrito Federal encontravam-se infestados e a transmissão já acontecia em 2.262 cidades (representando aproximadamente 63,5% dos municípios) de 24 estados destes. Em 2007, apenas o Estado de Santa Catarina não constatou transmissão autóctone.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), 80 milhões de pessoas são infectadas, anualmente, com aproximadamente 550 mil internações e 20 mil mortes. Dessas, por volta de, 50 milhões localizam-se em regiões tropicais e subtropicais, levando-se em consideração que, na atualidade, 2,5 a 3 bilhões de pessoas encontram-se expostas ao risco de serem infectadas por esta arbovirose.

A atual preocupação é resultante da crescente globalização, o que propicia a aproximação e interação de vários países possibilitando a disseminação vertiginosa de



doenças. Estes elementos em conjunto afetam a dispersão dos vetores para áreas onde antes não existiam, como resultado aumentam a propagação desta enfermidade acarretando um grave impacto na saúde pública mundial (PEGO *et al.*, 2014).

2. MÉTODO

No presente estudo foram utilizados dados obtidos do Boletim da 22^a Semana Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI), do ano de 2019, sendo divulgados no dia 07 de junho de 2019.

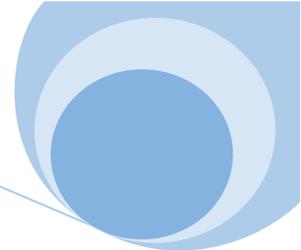
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2018, 74 municípios notificaram 1.215 casos com incidência de 37,9/100 mil habitantes apresentando um total de 969 casos confirmados. Já em 2019, 123 municípios notificaram 3.021 casos com incidência de 99,9/100 mil habitantes, apresentando um total de 2.225 casos confirmados. Dentre os municípios com maiores números de casos prováveis notificados, Teresina apresentou 1.745 casos, Canto do Buriti 100 casos e Simplício Mendes 79 casos em 2019.

Em relação aos municípios com maior incidência, Pavussu vem em primeiro lugar com 935,4/100 mil habitantes. Tendo em segundo lugar Alvorada do Gurguéia com 777,3/100 mil habitantes, Cristino Castro com 665,8/100 mil habitantes, Simplício Mendes com 635,9/100 mil habitantes e Rio Grande do Piauí com 632,4/100 mil habitantes no ano de 2019. Quanto ao número de óbitos por dengue no ano de 2018, Bom Jesus apresentou 1 óbito, já em 2019 ocorreu um óbito na cidade de Teresina.

4. CONCLUSÃO

Observa-se que ocorreu um aumento na incidência de 163,5% em 2019 quando comparado ao mesmo período em 2018. Tendo a cidade de Teresina o maior número de casos notificados e a cidade de Pavussu apresentando a maior incidência para cada 100 mil habitantes.



5. REFERÊNCIAS

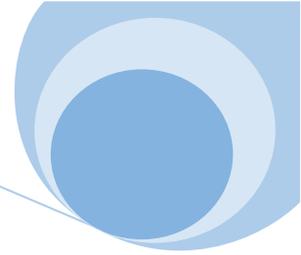
ARAÚJO J. R.; FERREIRA E, F.; ABREU M. H. N. G. Revisão sistemática sobre estudos de espacialização da dengue no Brasil. *Revista Brasileira Epidemiologia*, v. 11, n. 4, p.696-708, 2008.

COSTA A. G. *et al.* Dengue: aspectos epidemiológicos e o primeiro surto ocorrido na região do Médio Solimões, Coari, Estado do Amazonas, no período de 2008 a 2009. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. v. 44, n. 4, p. 471-474, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Dengue Hemorrágica: diagnóstico, tratamento, prevenção e controle. São Paulo: Editora Santos, 2001.

PEGO C.; SANTOS V.; LIMA V. A dengue. Faculdade de São Paulo – FSP, 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Dengue, Chikungunya, Zika e Microcefalia: Boletim da 22ª Semana Epidemiológico-2019. Teresina: SINAN NET/ONLINE, 2019.



Capítulo 20

INTERVENÇÃO NUTRICIONAL EM UM PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Samily M Costa, Kelly P Borges, Larissa L Castro & Maria L M C Lourenço

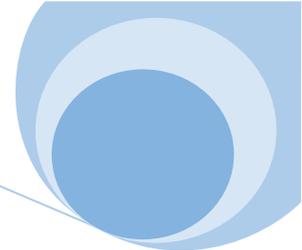
1. INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) é uma patologia onde ocorre uma alteração estrutural e/ou funcional da massa cardíaca, sucedendo um desequilíbrio em sua função de bomba ejetora, por consequência de complicações nas câmaras cardíacas direita, esquerda, ou entre ambas. Ocasionalmente assim, uma insuficiente entrega de oxigênio e nutrientes aos tecidos, acarretando inúmeros prejuízos ao indivíduo, sendo um desses prejuízos a desnutrição, onde há perda de massa muscular, a qual atinge diretamente o miocárdio, agravando ainda mais o quadro patológico (AZEKA *et al.*, 2014).

O objetivo deste trabalho foi apresentar as experiências e as atividades vividas por um acadêmico de nutrição durante o Estágio Supervisionado em Nutrição Clínica, destacando-se a assistência de nutrição ao paciente com ICC.

2. MÉTODO

O relato trata-se um relato de experiência, na qual é uma ferramenta metodológica da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações, abordando uma situação vivenciada no âmbito profissional (CAVALCANTE & LIMA, 2012).



3. RELATO DO CASO CLÍNICO

J. N. S, sexo masculino, 59 anos, admitido por apresentar dispneia intensa e diagnóstico de ICC. Foram realizadas avaliação antropométrica, consulta ao prontuário clínico do paciente e Triagem de Risco Nutricional tradução de *Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002)*. A NRS 2002 é uma ferramenta utilizada para detectar a desnutrição ou risco de desenvolvê-la, durante o internamento hospitalar, de acordo com a patologia apresentada (KONDRUP, J. *et al.*, 2003). Após a antropometria foram realizados os cálculos de estimativa de peso, altura, IMC e peso ideal, para saber o real estado nutricional do paciente.

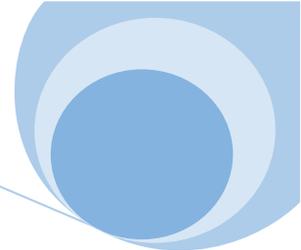
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentro desse contexto, a antropometria é o parâmetro mais indicado para avaliar o estado nutricional, principalmente pela facilidade de obtenção das medidas que podem ser válidas e confiáveis (GOMES *et al*, 2010). Levando em consideração a triagem, antropometria e o exame físico, pode-se concluir que o paciente encontra-se levemente desnutrido com risco nutricional, tendo melhora no quadro de dispneia, onde a conduta nutricional de acordo com a patologia e o estado do paciente, consiste em dieta oral branda com oferta inicial de 32 Kcal/kg ideal/dia, proteína de 1,5 g/Kg/dia, e a recomendação para carboidrato de 50 a 55% do Valor Energético Total (VET) e os lipídeos de 30% a 35% do VET (CELANO *et al.*, 2011).

A conduta enfatizou a influência causada pela desnutrição e as alterações do metabolismo causada pela Insuficiência Cardíaca, priorizando a oferta calórica e proteica a fim de proporcionar substrato para restabelecer o estado nutricional do paciente (MESQUITA & DESLANDES, 2010).

5. CONCLUSÃO

Durante a vivência do estágio, ficou claro que a presença do nutricionista é imprescindível para a aplicação de uma intervenção nutricional no paciente com ICC que atenda as demandas nutricionais, prevenindo e tratando a desnutrição, bem como, respeitando as incapacidades fisiológicas do indivíduo, tendo uma melhora considerável do seu estado nutricional.



6. REFERÊNCIAS

AZEKA, E. *et al.* I Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca e Transplante Cardíaco, no Feto, na Criança e em Adultos com Cardiopatia Congênita, da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 2014.

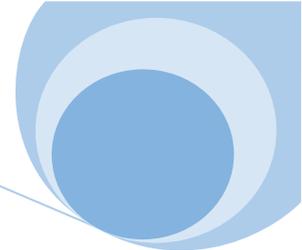
CAVALCANTE, B. L. de L.; LIMA, U. T. S. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. J Nurs Health, Pelotas, v. 1, n. 2, 2012.

CELANO, R. M. G.; LOSS, S. H.; NOGUEIRA, R. J. N. Terapia Nutricional na Insuficiência Cardíaca Congestiva. In: Sociedade Brasileira De Nutrição Parenteral E Enteral; Sociedade Brasileira De Clínica Médica; Associação Brasileira De Nutrologia. São Paulo: Associação Médica Brasileira, 2011.

GOMES, F. S.; ANJOS, L. A.; VASCONCELLOS, M. T. L. Antropometria como ferramenta de avaliação do estado nutricional coletivo de adolescentes. Rev. Nutr., v. 23, n. 4, p. 591-605, 2010.

KONDRUP, J. *et al.* Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on analysis of controlled clinical trials. Clinical Nutrition, v. 22, n. 3, p. 321-336, 2003.

MESQUITA, A. M. O.; DESLANDES, S. F. A Construção dos Prontuários como Expressão da Prática dos Profissionais de Saúde. Saúde Soc., v. 19, n. 3, 2010.



Capítulo 21

FATORES FAMILIARES ASSOCIADOS À PRÁTICA E VITIMIZAÇÃO DE *BULLYING* ENTRE ESCOLARES ADOLESCENTES

Sara C de Souza & Márcio D M Mascarenhas

1. INTRODUÇÃO

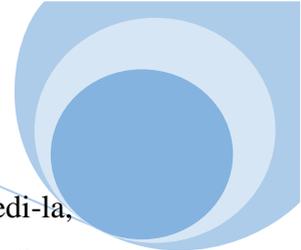
A família é considerada a primeira instituição na qual o indivíduo desde a mais tenra infância realiza as suas primeiras trocas afetivas e sociais, constituindo-se como sujeito. Sabe-se que na adolescência, as atitudes dos indivíduos diante das diversas alterações emocionais e sociais que vivenciam, são mantidas em equilíbrio quando as necessidades de afeição, apoio e segurança constantes são cumpridas pela família (BARRETO & RABELO, 2015).

As práticas parentais, o clima familiar, os sentimentos dos pais em relação aos filhos, a saúde mental dos pais e as situações de violências no contexto familiar causam impactos na estruturação psíquica do ser humano (OLIVEIRA *et al.*; 2015).

Os pais ou cuidadores, vinculados em um processo existencial, têm a função de satisfazerem as necessidades primordiais do sujeito e orientá-lo, uma vez que as leis parentais internalizadas influenciam nas atitudes comportamentais dos adolescentes em diversos contextos, dentre eles o escolar.

Um dos comportamentos individuais e grupais de maior visibilidade e complexidade na contemporaneidade têm sido as situações de violência nas escolas. Dentre as tipologias de violência, o *bullying* é um fenômeno bastante estudado, tanto pelo impacto que causa na saúde das vítimas como o comprometimento que existe na estruturação psíquica e social dos agressores, que geralmente não conseguem se desprender do ciclo de repetições destrutivas.

A Lei de 13.185/2015, que institui o Programa de Combate ao *Bullying*, considera intimidação sistemática (*bullying*) todo ato de violência física ou psicológica, intencional e repetitivo que ocorre sem motivação evidente, praticado por indivíduo ou



grupo, contra uma ou mais pessoas, com o objetivo de intimidá-la ou agredi-la, causando dor e angústia à vítima, em uma relação de desequilíbrio de poder (BRASIL, 2015).

Os dados mais recentes da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2015, realizada a cada três anos em escolas públicas e privadas, apontaram que 19,8% dos escolares adolescentes praticaram *bullying* e 7,4% dos escolares foram vítimas de *bullying* (BRASIL, 2015).

Diante da problemática desse fenômeno nas escolas brasileiras, das reflexões sobre a importância da família na vida afetiva e social dos adolescentes e do impacto do *bullying* nas relações entre os adolescentes no contexto escolar, este capítulo teve como objetivo analisar a prática e vitimização de *bullying* entre escolares adolescentes e sua relação com variáveis de contexto familiar.

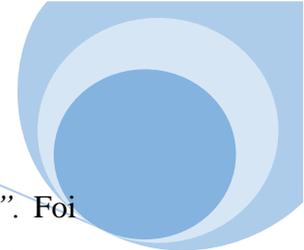
2. MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal em escolas públicas do município de Teresina – PI, no ano de 2017. Os critérios de inclusão para compor o estudo foram: alunos registrados nas escolas gerenciadas pela Secretaria Municipal de Educação, matriculados no Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) e com 10 a 19 anos de idade. Foram excluídos os escolares que tinham algum distúrbio que os incapacitasse de responder o questionário autoaplicável e aqueles ausentes na data definida para a coleta de dados.

Utilizou-se a amostragem probabilística estratificada proporcional para a seleção das escolas e dos participantes. A amostra das escolas foi proporcional ao quantitativo de instituições por zonas de ensino (norte, sul, leste e sudeste) totalizando 12 escolas.

A amostra dos participantes foi proporcional ao quantitativo de adolescentes matriculados em cada zona de ensino por meio da amostragem aleatória simples, totalizando 380 escolares.

Para a obtenção dos dados relacionados ao comportamento de *bullying* foi utilizado o questionário autoaplicável “Violência entre Pares” de Freire, Veiga e Ferreira (2006), com adaptações na linguagem. A prática de *bullying* foi identificada por meio da seguinte pergunta: “Nas últimas duas semanas, você agrediu algum colega na escola?”. E a vitimização de *bullying* foi identificada por meio da pergunta: “Nas



*últimas duas semanas, você sofreu agressões por parte dos colegas na escola? ”. Foi considerado prática e vitimização de *bullying* os tipos de intimidações sistemáticas assinaladas três ou mais de três vezes nas últimas duas semanas.*

As informações relacionadas ao contexto familiar foram identificadas por meio de perguntas retiradas do questionário da PeNSE de 2015. As variáveis de estudo foram: falta de compreensão dos pais em relação aos problemas dos filhos, agressão familiar, faltar às aulas ou à escola sem a permissão dos pais e falta de supervisão familiar.

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e regressão logística simples, utilizando o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0.

A participação dos escolares foi voluntária e ocorreu conforme a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí com o parecer nº 1.848.113.

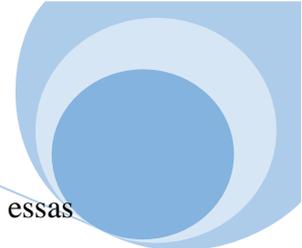
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi caracterizada predominantemente por adolescentes do sexo feminino (52,4%), faixa etária de 10 a 14 anos (85,5%) e cor de pele parda (59,5%). Os resultados evidenciaram alta prevalência de *bullying* entre os adolescentes das escolas públicas municipais de Teresina-PI e que os fatores familiares estão associados à situação de agressor e vítima.

A prevalência de agressores de *bullying* foi de 6,3% e de vítimas foi de 15,8%. As chances de praticarem *bullying* foram maiores entre os adolescentes que declararam sentir a falta de compreensão dos pais em relação aos seus problemas (OR = 4,17) e os que afirmaram não terem tido supervisão familiar (OR = 7,45).

Por outro lado, as chances de ser vítima de *bullying*, foram maiores entre os adolescentes que sofreram histórico de agressão familiar (OR = 3,11) e falta de supervisão familiar (OR = 1,79) (Tabela 1).

As posturas ativas ou passivas de escolares em situações de *bullying* pode ser reflexo da forma como eles constroem em seu psiquismo as representações de



experiências vivenciadas no ambiente familiar e do significado atribuídos a essas experiências (LOURENÇO & SENRA, 2012).

Tabela 1. Fatores familiares associados à prática e vitimização de *bullying* entre escolares adolescentes

Variável	Agressor		OR	p-valor*	Vítima		OR	p-valor*
	n	%			n	%		
Contexto familiar								
Falta de compreensão dos problemas pelos pais								
Sim	20	9,3	4,17	0,010	38	17,8	1,40	0,234
Não	4	2,4			22	13,3		
Agressão familiar								
Sim	5	10,9	2,02	0,184	15	32,6	3,11	0,001
Não	19	5,7			45	13,5		
Faltar às aulas ou à escola sem permissão dos pais								
Sim	5	8,8	1,54	0,412	11	19,3	1,34	0,432
Não	19	5,9			49	15,2		
Falta de supervisão familiar								
Sim	20	12,3	7,45	<0,001	33	20,2	1,79	0,041
Não	4	1,8			27	12,4		

Legenda: OR- odds ratio (razão de chances). *Teste qui-quadrado de Pearson.

A falta de conhecimento dos pais em relação a vida dos filhos oriunda da falta de supervisão, gera falta de regras no contexto familiar, fazendo com os adolescentes queiram que outros indivíduos satisfaçam suas vontades e atenda sempre as suas “ordens”, aprendem a gostar da sensação de poder por não terem limites, apresentando assim dificuldade de relacionamento (KOEHLER, 2011).

O alicerce familiar, na percepção de adolescentes, é o que mais influencia nos seus comportamentos na escola, agressores e vítimas de *bullying* relatam sentimentos de desamparo em suas famílias. Conflitos intrafamiliares, poucas demonstrações de afeto na relação dos pais com os filhos, punições corporais e excesso de trabalho dos pais ou cuidadores, são relatados pelos escolares como situações propensas ao comportamento de *bullying* na escola (OLIVEIRA *et al.* 2019).

Diante desse contexto, o enfraquecimento das habilidades sociais positivas influencia os escolares em situações de *bullying* e as estratégias de enfrentamento para lidar com as intimidações sistemáticas e romper com o ciclo de violência depende do suporte familiar que os cuidadores oferecem aos filhos (OLIVEIRA, 2017).



Observa-se assim uma mudança na contemporaneidade: a escola substitui o lugar da educação primária, tradicionalmente delegada à família, havendo uma terceirização da autoridade, uma vez que a “lei parental” encontra-se fragilizada (CECARELLI & PATRÍCIO, 2013).

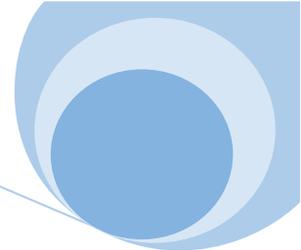
Torna-se necessário também compreender as situações de violência como sintoma subjetivo e não somente social, uma vez que o sintoma subjetivo é próprio da singularidade de cada indivíduo e as atitudes de violência são meios que o sujeito encontra de satisfazer suas tensões internas por não encontrar outras formas de pôr fim nas repetições que o seu sintoma lhe impõe (SILVA JÚNIOR, 2010).

4. CONCLUSÃO

A pesquisa constatou uma alta prevalência de *bullying* nas escolas municipais de Teresina-PI e os fatores familiares relacionados a falta de compreensão dos pais diante dos problemas dos adolescentes, a falta de supervisão familiar e a agressão familiar estiveram associados a situações de *bullying* no contexto escolar.

Os resultados da pesquisa não devem ser interpretados como a culpabilização exclusiva da família diante desse tipo de violência, mas o conhecimento dos pais ou cuidadores em relação a esses fatores, pode gerar reflexões acerca do seu papel enquanto instituição co-responsável pelo envolvimento dos filhos em situações de *bullying* e não simplesmente transferirem as responsabilidades e culpas das práticas de violência para as escolas.

A quantidade de pesquisas empíricas realizadas no Brasil que abordam a relação entre o *bullying* e o contexto familiar são escassas, pautando-se mais em revisões de literatura, o que reflete na necessidade de mais estudos de campo que possam compreender melhor o fenômeno. O uso de métodos qualitativos, a partir das narrativas dos próprios escolares, também pode complementar a compreensão do agravo investigado.



5. REFERÊNCIAS

BARRETO, M. J.; RABELO, A. A. A família e o papel desafiador dos pais de adolescentes na contemporaneidade. *Pensando famílias*, v. 19, n. 2, p. 34-42, 2015.

BRASIL. Lei nº 13.185, de 6 de novembro de 2015. Institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (Bullying). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13185.htm>. Acesso em: 20 nov. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

CECARELLI, P. R.; PATRÍCIO, C. J. *Bullying* e pós-modernidade: uma relação intrínseca (?). *Polêm!ca*, v. 12, n. 3, p. 415-431, 2013.

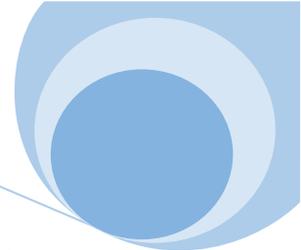
FREIRE, I. P.; VEIGA SIMÃO, A. M.; FERREIRA, A. S. O estudo da violência entre pares no 3º ciclo do ensino básico um questionário aferido para a população escolar portuguesa. *Revista Portuguesa de Educação*, v. 19, n. 2, p. 157-183, 2006.

KOEHLER, S. M. F. Implicações sociais e emocionais a partir das relações interpessoais no ambiente escolar. In: ALKIMIN, Aparecida (Org.) *Bullying: visão interdisciplinar*, Campinas: Alínea, 2011, cap. 2. p. 34-51.

LOURENÇO, L. M.; SENRA, L. X. A violência familiar como fator de risco para o *bullying* escolar: contexto e possibilidades de intervenção. *Aletheia*, n. 37, p. 42-56, 2012.

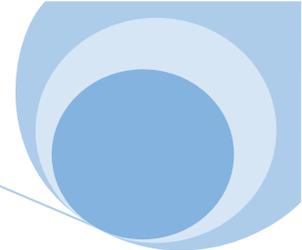
OLIVEIRA, W. A. *et al.* Interfaces entre família e *bullying* escolar: uma revisão sistemática. *Psico-USF*, v. 20, n. 1, p. 121-132, 2015.

OLIVEIRA, W. A. *et al.* Saúde do escolar: uma revisão integrativa sobre família e *bullying*. *Ciência e Saúde coletiva*, v. 22, n. 5, p. 1553-1564, 2017.



OLIVEIRA, W. A *et al.* Percepções de estudantes sobre *bullying* e família: um enfoque qualitativo na saúde do escolar. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 27, n. 2, p. 158-165, 2019.

SILVA JÚNIOR, J. N. Violência e sintoma: o que a psicanálise tem a dizer? *Revista de Psicologia*, v. 22, n. 2, p. 323-336, 2010.



Capítulo 22

FATORES ASSOCIADOS À SEXUALIDADE EM IDOSOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Thaynara N Souza, Jéssica B Silva, Ana L S Teixeira, Luana T da Silva, Orleandra P Pontes, Eduarda G Boguea & Ana L A Nogueira

1. INTRODUÇÃO

O processo do envelhecimento compreende a fase final do ciclo vital que resulta em alterações biopsicossociais (DANTAS *et al.*, 2017; SANTOS, 2010). De acordo com o censo de 2010, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira irá expandir de 14,9 em 2013 para 58,4 milhões em 2060 devido fatores como mudança do perfil demográfico, redução das taxas de mortalidade e fecundidade, ocasionando o aumento da população idosa (IBGE, 2010).

O envelhecer resulta em diversas mudanças físicas que influenciam a sexualidade. As primeiras alterações atribuídas ao envelhecimento são detectadas no final dos 30 anos e início dos 40 anos. Geralmente discretas e progressivas estas modificações não causam insuficiência absoluta do órgão ou aparelho reprodutor, mesmo em indivíduos com idade mais avançada (ROHDEN, 2011).

Os problemas provenientes da velhice comprometem o desempenho da atividade sexual. As mudanças sexuais na mulher são mais lentas e progressivas pela diminuição na produção de hormônios femininos, interferindo no desejo e excitação. Já no homem, as interferências fisiológicas e hormonais apresentam-se com a incapacidade de se obter uma ereção peniana adequada, além da ejaculação precoce e a inibição do desejo sexual ou perda da libido (FLEURYI & ABDO, 2012; MARQUES *et al.*, 2015).

Os idosos além de vivenciarem perdas nos aspectos biológicos, ainda sofrem discriminação da sociedade que, na maioria das vezes, contribui para que os idosos vejam o próprio corpo como não mais atraente e desejado e o sexo como inadequado, julgando-o como um fator negativo, prejudicando assim seus relacionamentos afetivos e sexuais (DE SOUZA *et al.*, 2015; LUZ *et al.*, 2015).



De forma geral, alguns fatores relacionados ao comportamento e a resposta sexual dos indivíduos pertencentes à terceira idade são a saúde física, preconceitos sociais, autoestima, falta de clareza sobre a sexualidade e status conjugal. Entretanto, mesmo havendo uma resposta contrária esperada da sociedade a respeito do idoso ou de problemas de saúde e fatores ambientais associados, para muitos, a capacidade sexual permanece e o interesse sexual se mantém até idades avançadas (ARDUINI & SANTOS, 2013; ANDRADE *et al.*, 2017).

Assim, é de vital importância estudos que abordem questões referentes à sexualidade e o envelhecimento, não somente pesquisas advindas de mudanças no funcionamento sexual, mas também que apontem os aspectos emocionais que envolvam o idoso em sua totalidade e que avaliem as diferentes causas que poderão influenciar na origem dos problemas sexuais. Portanto, o objetivo da presente pesquisa é evidenciar os principais fatores que interferem na sexualidade dos idosos.

2. MÉTODO

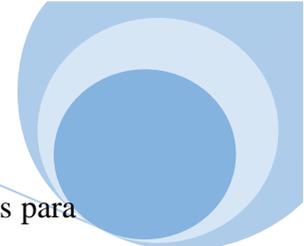
Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cuja pergunta norteadora para a realização da pesquisa foi “quais os fatores que interferem na sexualidade do idoso?”.

A busca foi realizada no primeiro semestre de 2018, incluindo as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e Base de dados de Enfermagem (BDENF). A seleção dos descritores utilizados no processo de revisão foi efetuada mediante consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)/Medical Subject Headings (MeSH), sendo selecionados “sexualidade/*sexuality*” e “idoso/*aged*” com a utilização do operador lógico “AND” para combinação dos termos.

Como critérios de inclusão foram utilizados o ano de publicação (2013 a 2017), população (idoso), idioma (português e inglês) e assunto principal (sexualidade, comportamento sexual, envelhecimento e idoso). Foram excluídos artigos duplicados e de revisão de literatura.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca inicial resultou em 1182 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão, 27 artigos (LILACS = 20, BDENF = 01, MEDLINE = 06) foram considerados



elegíveis. Em seguida, aplicou-se os critérios de exclusão, resultando em 11 artigos para a elaboração da revisão integrativa.

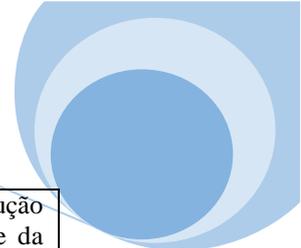
Percebeu-se que em relação à questão da prática sexual dos idosos, na maioria das pesquisas realizadas, o desejo e a vontade sexual ainda prevalecem nesta população, logo evidenciou-se os fatores que interferem na sexualidade dos idosos, bem como na prática sexual dos mesmos.

Nos estudos qualitativos e quantitativos, os preconceitos sociais e familiares relatados, os aspectos psicológicos, o machismo e falta de companheiro, estão relacionados com os fatores que impossibilitam a sexualidade dos idosos.

Nas pesquisas transversais, observou-se que houve predomínio de descrições voltadas ao medo de rejeição, além do mito de serem assexuados por conta da idade. No único artigo descritivo, os fatores que causaram maior descontentamento nas mulheres foram as frustrações em casamentos, já os homens culpavam a parceira e os medicamentos utilizados como fatores que interferiam na prática sexual.

Quadro 1. Prática sexual dos idosos e principais fatores relacionados à sua sexualidade

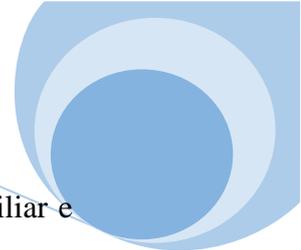
Autor/ ano	Prática Sexual dos idosos	Fatores que interferem a sexualidade dos idosos	Conclusão
ARDUINI & SANTOS, 2013	O idoso traz consigo uma visão machista sobre sexualidade e suas diferentes possibilidades. Reconhece certas doenças e medicamentos como limitantes. Existe uma resistência quanto ao uso do preservativo masculino, relacionadas a in experiências quanto ao seu uso.	Ideia machista sobre sexualidade; baixo desempenho da sexualidade por uso de medicamentos, doenças e uso de preservativo; desconhecimento sobre AIDS e grupos de risco.	Há necessidade de educação em saúde ao homem idoso visando melhorar a sexualidade e a prevenção da AIDS, além de proporcionar um olhar diferenciado a respeito da figura feminina.
MARQUES <i>et al.</i> , 2015	Os aspectos psicológicos e emocionais interferem no comportamento sexual, afetando-o de maneira acentuada, porém a função sexual continua por toda a vida.	A redução da atividade sexual em si está atribuída a eventuais dificuldades conjugais ou a falta de companheiro fixo com quem se relacionar.	Mesmo diante das modificações resultantes do envelhecimento, a sexualidade permanece e não se resume somente à prática sexual, mas ao afeto, à carícia, à atenção e ao companheirismo.



<p>LUZ <i>et al.</i>, 2015</p>	<p>27,7% classificaram como boa; 39,2% como satisfatória; 33,1% como ruim; 12,3% desejo normal; 57,7% desejo parcial; 30% referem não ter desejo sexual.</p>	<p>Desejo que diminuem com tempo devido perdas fisiológicas, problemas com ereção, ressecamento vaginal e complicações de doenças crônicas.</p>	<p>Há uma redução gradual do interesse da prática sexual com a idade. Reforça-se a necessidade da ação educativa do enfermeiro na atenção primária voltada para idosos.</p>
<p>BURIGO <i>et al.</i>, 2015</p>	<p>Observou-se a discrepância de gênero no que se refere à prática sexual. 83,6 % dos homens e 47,6% das mulheres afirmam ser sexualmente ativos devido a maior aceitação das pessoas idosas em relação ao processo de envelhecer.</p>	<p>Mais da metade deles nunca haviam conversado com um médico sobre sexualidade e IST's, e que as mulheres são mais abertas para dialogar sobre esse assunto em uma consulta do que os homens.</p>	<p>Os idosos, em sua maioria, ainda mantêm uma prática sexual desprotegida, representando um fator em potencial para a infecção pelo HIV e demais IST's.</p>
<p>DE SOUZA <i>et al.</i>, 2015</p>	<p>Não praticam sexo à pressão social, familiar, emocional e religiosa.</p>	<p>A religião, o apelo social, relacionamentos malsucedidos ou não satisfatórios do passado e a família.</p>	<p>Não há liberdade para se viver uma vida sexual na terceira idade devido influências religiosas, social, familiar, fazendo com que o público idoso se torne submisso a esses fatores.</p>
<p>RUFINO <i>et al.</i>, 2013</p>	<p>Relacionando-se as variáveis de gênero e manutenção de relações sexuais, obteve-se que os homens tiveram mais relação sexual que as mulheres, na ordem de 75% / 28%. Considerando toda a amostra, apenas 38% dos entrevistados mantiveram relações sexuais no último mês.</p>	<p>Medo da rejeição e discriminação social, vivenciado duplamente pela associação entre AIDS e velhice, críticas negativas, estigma ou rompimento de laços afetivos que alteram a forma de ser ou agir do indivíduo.</p>	<p>Presença de tabus e preconceitos introduzidos por crenças, valores morais e culturais. Sociedade que nega ao homem em idade avançada o direito de ser e estar "velho", bem como a beleza estética e psíquica do envelhecimento.</p>
<p>SAGGIORATO & SCHUELTER-TREVISOL, 2015</p>	<p>Os homens apresentaram maior ausência de relacionamento estável e sexarca precoce. As mulheres apresentaram maior procura pelo teste anti-HIV. Do total, 14,1% relataram ocorrência de doença sexualmente transmissível (DST) pregressa, sendo associada à sexarca precoce.</p>	<p>O mito dos idosos serem vistos como assexuais, além da falta de informação e receio de buscá-la, dificuldades na negociação do sexo seguro, excesso de confiança no parceiro sexual, baixa escolaridade e ocorrência de casos extraconjugais ou promiscuidade.</p>	<p>Verificou-se um maior conhecimento sobre AIDS e prevenção em pessoas em relacionamentos estáveis, sexarca com parceiro casual, e naqueles que realizaram o teste anti-HIV. Contudo, a média de acertos relativos à prevenção a AIDS foi baixa entre os idosos.</p>
<p>OKUNO <i>et al.</i>, 2015</p>	<p>A atitude favorável à sexualidade do idoso</p>	<p>A sexualidade na velhice é tema negligenciado pela</p>	<p>Mulheres e desempregados</p>

	sugere que estes indivíduos podem ser sexualmente ativos. Porém, melhor conhecimento sobre a sexualidade não significa menor risco de infecção pelo vírus, sendo necessárias práticas educativas para a prevenção da doença.	sociedade, profissionais de saúde e pelos próprios idosos, como se, com o passar do tempo, o amor e até mesmo o sexo já não dissessem mais respeito à idade avançada.	apresentaram maior conhecimento sobre sexualidade dos idosos, enquanto pacientes com maior escolaridade e idade inferior a 60 anos demonstraram atitudes mais favoráveis sobre a sexualidade do idoso.
PAIVA & FRASSON, 2014	A atividade sexual continua a aumentar em função da vida prazerosa compartilhada e do decréscimo das responsabilidades, como o receio de engravidar que não faz mais parte deste momento.	A mulher no período da menopausa pode se deparar com o mito da perda indubitável de seu desejo sexual, secundário ao seu processo de envelhecimento, tendo que ressignificar sua sexualidade para uma fase considerada pós-reprodutiva.	O corpo e o envelhecimento se entrecruzam e se misturam, assumindo novos contornos e configurando inúmeras possibilidades de viver, envelhecer e cuidar de si.
BEVILACQUA <i>et al.</i> , 2013	A vivência sexual não se encerra com o envelhecimento, especialmente quando as mulheres possuem um companheiro.	A maneira como foram educados, experiências anteriores, família e apelo da sociedade contribuem para que se tornem inseguros quanto aos seus desejos, especialmente quando relacionado à sexualidade.	Importância de conhecer e reconhecer os principais aspectos que interferem positiva e negativamente a prática da sexualidade na velhice, o que possibilita elaborar estratégias de educação em saúde, considerando as dimensões física, emocional e cultural.
SANTOS <i>et al.</i> , 2014	Necessidade de prevenção somente para homens com muitas parceiras; a não utilização do preservativo devido à insatisfação sexual, além das dificuldades do exercício da sexualidade na velhice, que nesse caso novamente valoriza, apenas, o ato sexual.	Os homens apontam as mulheres como culpadas pela não atividade sexual e que as medicações interferem no seu desempenho. As mulheres destacam a frustração no casamento e possibilidade de troca de informações sobre sexualidade com filhas e netas.	Verifica-se o desconhecimento sobre a Aids com associação à morte nos idosos e valorização da sexualidade pelos familiares.

Ao comparar os artigos estudados, percebeu-se que os relatos mais prevalentes foram que apesar de ainda existir diversos fatores que interferem na sexualidade de indivíduos idosos, o desejo ainda prevalece. O estudo de DE SOUZA *et al.*, 2015 aponta que dentre os 36 idosos pesquisados, 77% relataram satisfação com a vida sexual. Em contrapartida alguns estudos mostraram que embora sintam vontade de se



relacionarem sexualmente, esse desejo é reprimido por preconceitos social e familiar e pelo próprio processo do envelhecimento e suas alterações fisiológicas e anatômicas.

O estudo de SANTOS *et al.*, 2014 enfatizou que o idoso tem receio de falar sobre assuntos que envolvam a sexualidade ou praticar o ato de fato, pois o medo de serem taxados de promíscuos ou depravados prevalece e essa situação acaba bloqueando e reprimindo-os.

No estudo realizado por MARQUES *et al.*, 2015, foram enfatizados os aspectos psicológicos e emocionais, assim como doenças crônicas que podem afetar de modo parcial no comportamento sexual. Nessa mesma pesquisa, o uso de medicamentos também foi citado, assim como em outros artigos que demonstraram que certas medicações interferem em uma sexualidade agradável e sadia.

Ao se tratar de pesquisas voltadas aos fatores que interferem na sexualidade dos idosos e a sua relação com a AIDS, houve pontos importantes que abordaram que o uso de preservativos pode reduzir o prazer sexual, além de associarem a AIDS à morte, mostrando uma acentuada desinformação por parte dos entrevistados. Os dados obtidos de RUFINO *et al.*, 2013, demonstraram que os idosos se encontravam vulneráveis à doença, seja por crenças enraizadas voltadas a ideia de que somente jovens eram suscetíveis a AIDS e pela não utilização de preservativos.

A resistência quanto ao uso de preservativos foi abordada na pesquisa de OKUNO *et al.*, 2015 destacando que alguns fatores ligados a esse comportamento são o medo da rejeição e falta de confiança no parceiro. Dessa forma é de suma importância enfatizar as dificuldades existentes ao se tratar da sexualidade e a AIDS, já que há uma alta prevalência em idosos atualmente, surgindo a necessidade de os profissionais de saúde orientar quanto a correta utilização dos preservativos ao público idoso.

Além de doenças sexualmente transmissíveis, notou-se que muitos idosos não se protegem com preservativos por julgarem que os indivíduos que os utilizam são homens solteiros e infiéis, evidenciando uma cultura emergida no machismo.

Ao se tratar da libido sexual, o estudo de ARDUINI & SANTOS, 2013 apontou que a mulher idosa não expressa seus desejos, por ausência ou por possui-los com menor frequência, enfatizando nos relatos de que a iniciativa deve partir do homem, mais uma vez manifestando crenças machistas voltadas à sexualidade. PAIVA & FRASSON, 2014 trouxeram relatos e conclusões de que a redução da libido está relacionada à menopausa, entretanto destacou que é importante levar em consideração o



momento da relação como algo mais biológico e simbólico, para que os mitos da perda do desejo sexual sejam reduzidos.

Para BESSA *et al.*, 2010 a vontade sexual ainda prevalece em idosos, o que ocorre geralmente é o modo como a sexualidade é vista, uma vez que para os idosos o que realmente importa é a qualidade. Há uma grande distorção da sociedade e família por falta de conhecimento e compreensão, pois o sexo entre idosos ainda é prevalente, assim como também o desejo e o prazer sexual.

A tríade das causas mais evidentes por ainda surgir preconceitos é de natureza religiosa, psicossocial e moral, contribuindo para que os idosos se sintam reprimidos em suas vontades e desejos sexuais. Apesar de ainda existir muitos preconceitos voltados à sexualidade dos idosos, segundo DE ALMEIDA *et al.*, 2008, a mídia está contribuindo para reduzir esse comportamento negativo que interfere na autoestima e, conseqüentemente, na diminuição do desejo sexual.

As reações adversas de medicamentos podem interferir também na sexualidade dos idosos, tendo em vista que muitos deles podem diminuir a vontade sexual em ambos os sexos. Por outro lado, alerta-se para a utilização de medicamentos para aumento da libido, que se tornou uma alternativa para inseguranças nas relações sexuais. Porém, o uso desses medicamentos nem sempre é recomendado, sendo de grande valia a devida orientação de profissionais da área da saúde (CLÍCIA *et al.*, 2007).

Dentre os processos fisiológicos que interferem na sexualidade, no que diz respeito a mulheres, pode ser citado a diminuição da lubrificação vaginal, que reflete na redução do desejo sexual, assim como orgasmos menos intensos. Em relação aos homens, a estimulação sexual pode ser mais demorada, as ereções, por consequência, menos duradouras. Além disso, problemas existentes como a diabetes mellitus, problemas psiquiátricos e cirurgias de próstata também podem desencadear distúrbios na ereção (CLÍCIA *et al.*, 2007).

Ao abordar o machismo como um dos fatores prevalentes na sexualidade dos idosos, é importante compreender que a educação recebida e a expressão natural de suas sexualidades eram reprimidas ou limitadas (ARDUINI & SANTOS, 2013). Eram “proibidos” de se expressarem, levando em consideração de que a mulher não possuía o direito de ir atrás do que almejava, sendo submissa ao homem e, de alguma forma, esse comportamento ainda reflete no contexto atual no que se refere à sexualidade.

Os resultados encontrados do estudo obedeceram ao objetivo proposto da presente pesquisa, sendo fundamental compreender os processos e fatores que



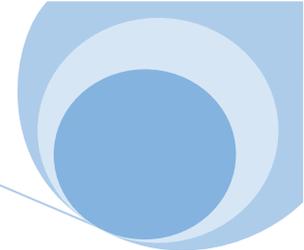
influenciam a sexualidade do público idoso. Nesta perspectiva, estudos qualitativos sobressaíram-se, englobando idosos do sexo feminino e masculino, sendo o primeiro o mais abordado. Apesar de uma abordagem maior voltada ao sexo feminino, as considerações e aspectos referentes aos fatores que interferem na sexualidade dos mesmos não converteram os resultados, já que houve um maior quantitativo de artigos voltados às informações de ambos os sexos.

4. CONCLUSÃO

O presente estudo objetivou apresentar quais os fatores que interferem na sexualidade dos idosos e mostrar de uma forma sucinta como se dá a prática sexual dos mesmos. Nos estudos abordados houve uma prevalência de idosos na faixa etária entre 60 a 92 anos, considerando homens e mulheres.

Observou-se que ainda existe o desejo e a vontade pela sexualidade, apesar da presença dos fatores fisiológicos dificultarem tal ato, compreendendo que a capacidade de viver plenamente a sexualidade não se perde com a idade, apenas se modifica.

Dessa forma há uma grande necessidade em discutir sobre a sexualidade na terceira idade, apresentando a mesma como algo inerente à saúde e bem-estar do idoso, possibilitando a implantação de novos conceitos que o visualizem como um ser livre para vivenciar a sua sexualidade sem culpa, desprendida assim, de preconceitos e tabus.



5. REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. *et al.* Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, n. 1, p. 8–15, 2017.

ARDUINI, J. B.; SANTOS, A. S. A percepção do homem idoso sobre sexualidade e AIDS. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 21, n. 3, p. 379–383, 2013.

BESSA, M. E. P. *et al.* Percepção de idosos residentes em instituições de longa permanência acerca da sexualidade na terceira idade. *Cadernos da Escola de Saúde Pública*, v. 4, n. 2, p. 19–24, 2010.

BEVILACQUA, G. *et al.* Sexuality in the perception and experience of elderly women members of a living group. *Acta Scientiarum Health Sciences*, v. 35, n. 1, p. 29–35, 2013.

BURIGO, G. F. *et al.* Sexualidade e comportamento de idosos vulneráveis a doenças sexualmente transmissíveis. *CuidArte Enfermagem*, v. 9, n. 2, p. 148–153, 2015.

CLÍCIA, V. C. G.; SOUSA, A. M. M.; LOBO, J. M. A prática sexual e o envelhecimento. *Cogitare enfermagem*, v. 12, n. 2, 2007.

DANTAS, D. V. *et al.* Sexualidade e qualidade de vida na terceira idade. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v. 19, n. 4, p. 140–148, 2017.

DE ALMEIDA, T.; LOURENÇO, M. L. Amor e sexualidade na velhice, direito nem sempre respeitado. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 5, n. 1, p. 130–140, 2008.

DE SOUZA, M. *et al.* A vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 3, p. 936–944, 2015.



FLEURYI, H. J.; ABDO, C. H. N. Envelhecimento, doenças crônicas e função sexual. *Diagnóstico e Tratamento*, v. 17, n. 4, p. 201–205, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), *senso 2010*.

LUZ, A. C. G. *et al.* Comportamento sexual de idosos assistidos na estratégia saúde da família. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online* v. 7, n. 2, p. 2229–2240, 2015.

MARQUES, A. D. B. *et al.* A vivência da sexualidade de idosos em um centro de convivência. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 5, n. 3, p. 1768–1783, 2015.

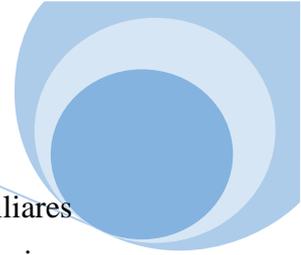
OKUNO, M. F. P. *et al.* Qualidade de vida, perfil socioeconômico, conhecimento e atitude sobre sexualidade de “pessoas que vivem” com o Vírus da Imunodeficiência Humana. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; v. 23, n. 2, p. 192–199, 2015.

PAIVA, L. L.; FRASSON, A. L. Reflexões sobre menopausa, incontinência urinária, sexualidade e envelhecimento. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, v. 19, n. 3, p. 743–757, 2014.

ROHDEN, F. "O homem é mesmo a sua testosterona": promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. *Horizontes Antropológicos*, v. 17, n. 35, p. 161–196, 2011.

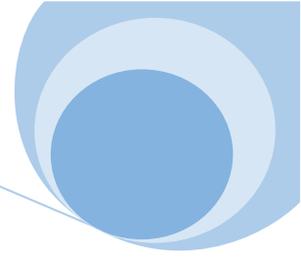
RUFINO, M. R. D.; ARRAIS, A. R.; CÁRDENAS, C. J. Sexuality in Old Age and AIDS: new challenges for university seniors. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, v. 16, n. 1, p.207–226, 2013.

SAGGIORATO, A. K. S.; SCHUELTER-TREVISIO, F. Perceptions about AIDS and sexual behavior among elderly people in the city of Tubarão, state of Santa Catarina, Brazil. *DST - Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v. 27, n. 1-2, p. 29–34, 2015.



SANTOS, A. S.; ARDUINI, J. B.; SILVA L. C. Compreensão de idosos e familiares sobre sexualidade e HIV/Aids: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 13, n. 2, p. 175–185, 2014.

SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 6, p. 1035–1039, 2010.



Capítulo 23

SOROPREVALÊNCIA PARA LEPTOSPIROSE EM CÃES DA CIDADE DE BOM JESUS-PI

Thiago E de Amorim, Leticya R Dos Santos, Felipe J da C Andrade, Raynnã da S Soares, Vanessa Castro, Felicianna C F Machado, Antônio A N Machado Júnior, Manoel L da Silva Filho, Ana L B B Mineiro & Larissa M F Gonçalves

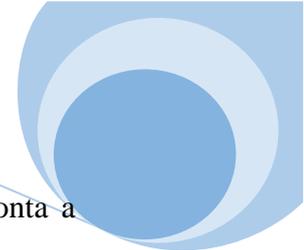
1. INTRODUÇÃO

As leptospiroses são doenças zoonóticas de distribuição mundial, relatadas nos seres humanos, nos animais domésticos e em diversas espécies de animais silvestres (TAGLIABUE & FARINA, 1995). De acordo com os modelos de fonte de infecção que acontecem nos animais domésticos, destaca-se os portadores (convalescentes e sadios), que eliminam a bactéria e contribuem com a persistência de focos da doença. A doença no cão por ser frequente, por vezes o torna excretor e reservatório subclínico, já que, aparentemente sadio, pode alojar leptospiras e eliminá-las no meio ambiente, facilitando assim, a disseminação para outras espécies e para o homem (VASCONCELLOS, 1993).

Os cães domiciliados são acometidos por intermédio da convivência com outros cães errantes e ratos que urinam em áreas comuns (VIEGAS *et al.*, 2001), no entanto, estes são mais responsáveis por disseminar a doença em comparação aos roedores, pois podem portar a doença durante meses sem apresentar sinais clínicos, logo demonstram perigo aos proprietários por estarem em contato íntimo (BABUDIARI, 1958; EVERARD *et al.*, 1987; JOUGLARD & BROD, 2000).

São considerados fatores de risco para o aparecimento da doença na população canina, o período chuvoso, cães que transitam pela rua, permitir que a vasilha do alimento fique exposta, cães machos, adultos e sem raça definida (SRD) (MAGALHÃES *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2018).

As vacinas usadas em cães protegem contra a doença, porém, observa-se em alguns animais a persistência do estado de portador renal e disseminador da doença (BRASIL, 1995). Além disso, os sorovares contemplados nas vacinas para cães são os clássicos, *Icterohaemorrhagiae* e *Canicola*, todavia, outros sorovares predominam nos



inquéritos sorológicos, o que valida a inserção desses sorovares, levando em conta a variação regional observada nas pesquisas.

A partir do apresentado, objetivou-se pesquisar as principais aglutininas anti-leptospiras de interesse patológico em cães da cidade de Bom Jesus-PI.

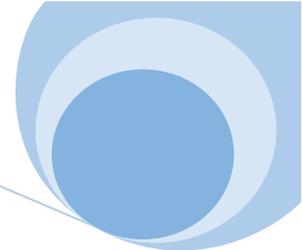
2. MÉTODO

A coleta de sangue dos 125 cães desta pesquisa foi feita durante a Campanha de Vacinação Antirrábica, etapa urbana, em novembro de 2018, em quatro postos de vacinação.

O diagnóstico de *Leptospira* spp. foi realizado pela técnica de Soroaglutinação Microscópica (SAM), uma parte no Laboratório de Fisiopatologia da Reprodução Animal da Universidade Federal do Piauí, *Campus* Ministro Petrônio Portela em Teresina-PI, e outra parte no Laboratório de Doenças Bacterianas da Reprodução do Instituto Biológico de São Paulo.

Utilizou-se os seguintes antígenos vivos ou variantes sorológicas (sv) de leptospiras patogênicas: *Autumnalis*, *Ballum*, *Bratislava*, *Canícola*, *Copenhageni*, *Grippotyphosa*, *Hardjo bovis*, *HardjoCTG*, *Icterohaemorrhagiae*, *Pomona*, *Pyrogenes*, *Tarassovi*, *Australis*, *Bataviae*, *Butembo*, *Castellonis*, *Hebdomadis*, *Whitcombi*, *Djasiman*, *Sentot*, *Javanica*, *Wolffi*, *Shermani*, *Nupezoe Shermani*, com quatro a 14 dias de crescimento, diluídas na proporção de 1:3 em PBS (solução salina tamponada com fosfato), pH 7,2.

O critério adotado para o soro ser considerado como reagente foi de 50% de leptospiras aglutinadas por campo microscópico em aumento de 100 vezes. O sorovar registrado foi aquele que apresentou maior título, sendo as demais aglutinações consideradas reações cruzadas. As amostras positivas ao título inicial foram novamente diluídas sucessivamente na razão dois e testadas para o(s) sorovar(es) que reagiu(ram) anteriormente. O título final foi aquele que ainda apresentou 50% ou mais de aglutinação.



3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 125 amostras de soro analisadas, 15 foram reagentes na SAM, obtendo-se uma ocorrência de 12% de cães soropositivos. Os sorovares observados foram o *Icterohaemorrhagiae* (53,33%), *Autumnalis* (20%), *Copenhageni* (13,33%) e *Canícola* (13,33%). Santos *et al.* (2016), também pesquisando a doença em cães de Bom Jesus, obtiveram uma frequência de 18,84% de animais soropositivos para os sorovares *Pyrogenes* (43,47%), *Canícola* (39,13%), *Icterohaemorrhagiae* (8,69%), *Autumnalis* (8,69%).

Constata-se a equivalência de três sorovares, um aumento na frequência para o sorovar *Icterohaemorrhagiae* soropositividade para o sorovar *Copenhageni*, que possuem como principais hospedeiros de manutenção os roedores sinatrópicos, validando o contato de ratos com o meio ambiente em que vivem esses cães, bem como com seus bebedouros e comedouros, e conseqüentemente com a água e os alimentos oferecidos a estes.

Inquéritos sorológicos de leptospirose em cães feitos no Brasil revelaram prevalências de 13,8% em Teresina-PI (SILVA *et al.*, 2018); 9,3% na Paraíba (FERNANDES *et al.*, 2018); 9,90% no Rio Grande do Sul (ABREU *et al.*, 2019); 13,1% em Minas Gerais (MAGALHÃES *et al.*, 2007); 17,9% em São Paulo (SILVA *et al.*, 2006) e 51,02% no Paraná (QUERINO *et al.*, 2003). O sorovares mais predominantes nas sorologias foram: *Icterohaemorrhagiae*, *Canícola*, *Pyrogenes*, *Copenhagenie Autumnalis*.

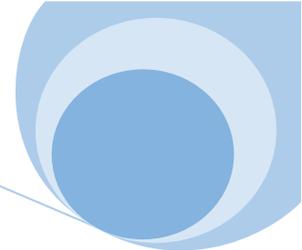
Fernandes *et al.* (2018), enfatizam que diferenças nas frequências de animais soropositivos podem ser explicadas por vários fatores, dentre eles, topografia, região, temperatura, umidade, precipitações pluviométricas, reservatórios selvagens e domésticos. Áreas antropizadas, umidade relativa do ar acima de 50% e o período de chuvas, propiciam aumento da soropositividade para leptospirose em cães (SILVA *et al.*, 2018). A coleta das amostras foi realizada no mês de novembro, período seco, que se registra na cidade de Bom Jesus umidade relativa do ar abaixo de 30% e temperatura máxima de 39 °C, fatores que dificultam a sobrevivência da bactéria no ambiente.

A maioria dos cães soropositivos tinham idade inferior a 48 meses, eram machos e sem raça definida (SRD). Os principais fatores de risco para a ocorrência de cães soropositivos para *Leptospira* spp. são: acesso à rua, hábito de caçar roedor,

proximidade com áreas alagadiças (QUERINO *et al.*, 2003); período chuvoso, o não recolhimento da vasilha de alimento durante a noite, baixa renda familiar (SILVA *et al.*, 2018); idade acima de 48 meses e cães sem raça definida (MAGALHÃES *et al.*, 2007).

4. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram a atuação dos sorovares *Icterohaemorrhagiae*, *Autumnalis*, *Copenhagense* e *Canícola* na infecção de cães em Bom Jesus-PI, e servem de alerta com relação ao potencial zoonótico da leptospirose canina para os proprietários e familiares destes animais.



5. REFERÊNCIAS

De ABREU, J. A. P. *et al.* Frequency of anti-*Leptospira* spp. Antibodies in dog and wild mammals from rural properties and conservation units in Southern Brazil. *One Health*, v. 8, p. 1-5, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Controle de Zoonoses e Animais Peçonhentos. Manual de Leptospirose. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1995. 98 p.

FERNANDES, A. R. F. *et al.* Soropositividade e fatores de risco para leptospirose, toxoplasmose e neosporose na população canina do Estado da Paraíba. *Pesquisa Veterinária Brasileira*, v. 38, n. 5, p. 957-966, 2018.

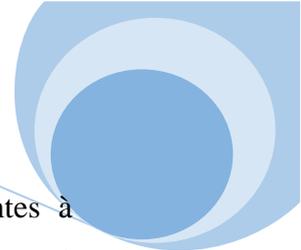
JOUGLARD, S. D. D.; BROD, C. S. Leptospirose em cães: Prevalência e fatores de risco no meio rural do município de Pelotas, RS. *Arquivos do Instituto Biológico*, v. 67, n. 2, p. 181-185, 2000.

MAGALHÃES, D. F. *et al.* Perfil dos cães sororreagentes para aglutininas anti-*Leptospirainterrogans* em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001/2002. *Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia*, v. 59, n. 5, p. 1326-1329, 2007.

QUERINO, A. M. V. *et al.* Fatores de risco associados à leptospirose em cães do município de Londrina-PR. *Semina: Ciências Agrárias*, v. 24, n. 1, p. 27-34, 2003.

SANTOS V. A. *et al.* Pesquisa de aglutininas anti-leptospiras em cães da cidade de Bom Jesus – Piauí. *Anais do Ciência Animal*. v. 26, n. 1, p. 121-123, 2016.

SILVA, E. R. D. de F. S. *et al.* Análise sociodemográfica e ambiental para a ocorrência de anticorpos anti-leptospira em cães da cidade de Teresina Piauí, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 5, p. 1403-1414, 2018.

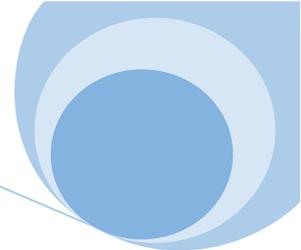


Da SILVA, W. B. *et al.* Avaliação de fatores de risco de cães sororreagentes à *leptospira* spp. e sua distribuição espacial, em área territorial urbana. Brazilian Journal of Veterinary Research and Animal Science., v. 43, n. 6, p. 783-792, 2006.

TAGLIABUE, S.; FARINA, R. Inchesta sieroepidemiologica sulla diffusione delle leptospirosi negli animali domestici ed alcune specie selvatiche. Selezione Veterinaria, v. 36, n. 11-12, p. 941-953, 1995.

VASCONCELLOS, S. A. Leptospirose animal. In: ENCONTRO NACIONAL EM LEPTOSPIROSE, 3., 1993, Rio de Janeiro, RJ. Ministério da Saúde, Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Nacional de Saúde. Resumos. p. 62-65.

VIEGAS, S. A. R. A. *et al.* Investigação sorológica para leptospirose em cães errantes na cidade de Salvador – Bahia, Revista Brasileira de Saúde Produção Animal, v. 2, n. 1, p. 21-30, 2001.



Capítulo 24

INCONFORMIDADES ENCONTRADAS EM PESCADO COMERCIALIZADO NOS SUPERMERCADOS DE TERESINA NO PERÍODO DA SEMANA SANTA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

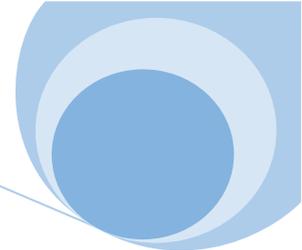
Victor L F Tôrres, Eveny S Melo, Karina S Rodrigues, Isabel C P Lima, Ravena C Silva, José H S Filho, João F S Júnior, Allan S S Santos, Juliana A Ianiceli, Aloísio S B Júnior, Maria P S Nascimento, Maria M G P Nóbrega & Maria C S Muratori

1. INTRODUÇÃO

Os alimentos e seus nutrientes contribuem para o crescimento e manutenção dos seres vivos, desde que apresentem condições higiênicas satisfatórias, evitando riscos à saúde do consumidor. A qualidade dos alimentos é de suma importância para garantir que as necessidades nutricionais e a saúde da população sejam atendidas (RIBEIRO *et al.*, 2010).

A qualidade dos alimentos deve ser mantida desde a matéria-prima e a higiene de toda a cadeia produtiva deve estar presente em toda a área de produção e durante o processamento, armazenamento e distribuição ao consumidor. Considerando os riscos de contaminação dos alimentos na fase de distribuição, são necessárias a realização de inspeções sanitárias e a orientação dos manipuladores de alimentos, visando manter as condições higiênico-sanitárias satisfatórias (RIBEIRO *et al.*, 2010).

A Gerência de Vigilância Sanitária de Teresina (GEVISA) tem como objetivo prevenir os riscos à saúde da população. O controle sanitário da produção e comercialização de produtos e serviços, fiscalização de alimentos, medicamentos, produtos de higiene e estabelecimentos comerciais e de saúde da cidade, são de sua responsabilidade (FMS, 2018). O objetivo do trabalho foi acompanhar a rotina de trabalho dos fiscais sanitários da GEVISA e entender a atuação da mesma na fiscalização dos estabelecimentos, principalmente, dos produtos que são mais consumidos durante o período da semana santa.



2. MÉTODO

No período da semana santa, a GEVISA, juntamente com o Programa de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON), a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e o Instituto de Metrologia do Estado do Piauí (IMEPI), realizaram algumas blitz nos supermercados, voltadas principalmente para o pescado e produtos que são mais comercializados nessa época do ano.

As fiscalizações são realizadas com base no Código Sanitário do Município de Teresina - Lei nº 4.975, de 26 de dezembro de 2016, que é fundamentado nos princípios expressos na Constituição Federal, na Constituição do Estado do Piauí, nas Leis Orgânicas da Saúde – Leis Federais nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, no Código de Defesa do Consumidor – Lei Federal nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, e na Lei Orgânica do Município de Teresina.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos quatro estabelecimentos comerciais de produtos alimentícios fiscalizados, dois possuíam boas condições de armazenamento e conservação do pescado.

Em um outro estabelecimento (Figura 1) identificamos 1,7 kg (um quilo e setecentos gramas) de peixe no gelo apresentando estado de deterioração, com características sensoriais alteradas, guelras amarronzadas e pálidas, olhos opacos e côncavos e corpo amolecido. Nas ilhas de congelados foram identificados 17 kg (dezessete quilogramas) de peixes congelados embalados em sacos plásticos, sendo que no interior destes havia uma grande quantidade de gelo, indicativo de que o produto foi descongelado e congelado novamente.

Este tipo de ação compromete a qualidade do pescado, altera a data de validade impressa no rótulo, além do mais, oferece risco para o consumidor pois não se sabe ao certo quanto tempo o pescado ficou em temperatura inadequada. Neste caso o fiscal apreendeu e inutilizou o pescado no próprio estabelecimento.

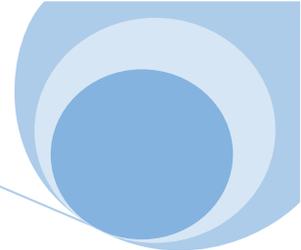


Figura 1. Peixes frescos e congelados em mau estado de conservação



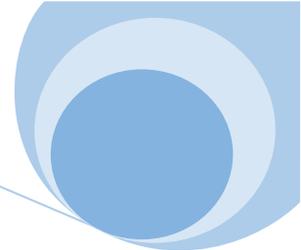
Fonte: elaborada pelo autor.

No último estabelecimento (Figura 2) averiguado identificamos filés, postas de peixes e camarões frescos expostos sem a correta cobertura de gelo. Apresentavam peças de filé de peixe expostos sem embalagem, por conseguinte, não etiquetados com data de validade. Foram apreendidas três peças de filé de salmão congelados com prazo de validade expirado e 1,9 Kg (um quilo e novecentos gramas) de camarões expostos ao consumidor com características de deterioração, como cabeça e cauda de coloração escura a preta. Já na câmara fria os camarões apresentavam-se em bom estado de conservação, subentende-se que o problema ocorria no resfriamento dos produtos expostos ao consumidor.

Figura 2. Filés, postas de peixes e camarões expostos sem correta cobertura de gelo

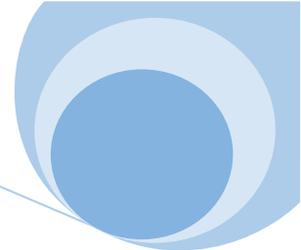


Fonte: elaborada pelo autor.



4. CONCLUSÃO

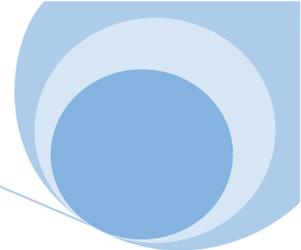
Foi perceptível a importância do aumento das fiscalizações nos estabelecimentos de produtos alimentícios, visando garantir condições higiênico-sanitárias satisfatórias para evitar riscos à saúde do consumidor.



5. REFERÊNCIAS

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. Disponível em: <<http://fms.teresina.pi.gov.br/vigilancia-sanitaria>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

RIBEIRO, L. F. *et al.* A importância da capacitação profissional dos manipuladores dos estabelecimentos alimentícios - um estudo no município de Ivaiporã/PR. In: XXX ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 2010, São Carlos, SP.



Capítulo 25

AS CONSEQUÊNCIAS ADVINDAS DO CONSUMO EXACERBADO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

Vitória J P Rosa, Karlla E de O Silva, Aline de C Silva & Alana J C Sipaúba

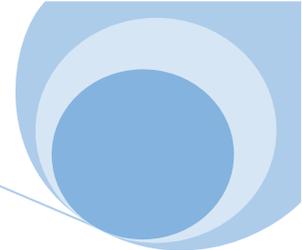
1. INTRODUÇÃO

As bebidas alcoólicas são uma das mais ingeridas pela sociedade, tendo os primeiros informes datados em 6.000 a.C. em que se acreditava que possuía o poder da cura. Uma característica peculiar que lhe diferencia das demais bebidas é seu fornecimento energético de 7 calorias, conhecidas como “calorias vazias” (MASUR, 1988). Por ser de fácil acesso e ser considerada uma droga lícita, está presente em todas as classes sociais (DA SILVA & LUZ, 2016)

O seu consumo exagerado desenvolve um alto teor de morbidade e mortalidade. Estando correlacionado a mais de 3 milhões de óbitos no mundo por ano (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde [OPAS/OMS], 2019) (CISA, 2018). Estima-se que 2,3 bilhões de pessoas ingerem bebidas alcoólicas, sendo propensas a dependência química (OPAS/OMS, 2018).

De acordo com dados divulgados no 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, em um estudo realizado com indivíduos com faixa etária de 12 a 65 anos, mais da metade dos entrevistados relataram já ter consumido bebida alcoólica (CORRÊA, 2019; KRAPP, 2019).

Portanto, este trabalho tem como objetivo compreender os mecanismos nocivos que são acarretados no sistema fisiológico e psicológico dos indivíduos que realizam o consumo de bebidas alcoólicas.



2. MÉTODO

O trabalho se trata de uma revisão bibliográfica, em que se utilizou dados de sites como Centro de informações sobre saúde e álcool (CISA), SciELO, Google Acadêmico e sites relacionados ao tema.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O consumo do álcool ocasiona efeitos nocivos no sistema fisiológico do indivíduo, afetando não apenas o meio biopsicossocial de quem consome, mas também das pessoas em sua volta (DA SILVA e LUZ, 2016). Não se tem uma quantidade segura para se ingerir, por ser tóxica afeta os mecanismos de homeostase corporal, sendo responsável por causar efeitos agudos e crônicos causando distúrbios no sistema neurológico e metabólico.

Um indivíduo ao consumir 0,04 gramas de álcool acarreta um dano a 100 mililitros de sangue, em que valores superiores a 0,35 gramas por 100 mililitros podem ocasionar a morte, desenvolve danos principalmente a órgãos com alto teor de líquidos como o cérebro, coração, fígado e rins (CISA, 2012).

Os efeitos causados variam conforme a quantidade, a intensidade e a estrutura física de quem consome. Seus danos sobre o sistema nervoso central podem ocasionar sensação de prazer, como também de embriaguez, euforia, desinibição, instabilidade emocional, confusão e desorientação, estupor e coma, tendo implicações ansiolíticas e depressivas; no sistema cardiovascular pode gerar hipertensão arterial, arritmia e miocardiopatias; no sistema músculo esquelético causa atrofia e fraqueza muscular; no sistema gastrointestinal e fígado desenvolve gastrite, refluxo, hepatite alcoólica e cirrose em que alguns casos necessita-se de um transplante (REIS *et al*, 2014). Alguns fatores relacionados a dependência estão ligados a genética, a vulnerabilidade, seu metabolismo e o meio social em que está inserido.

Em pesquisa realizada nos últimos anos observou-se uma diminuição do consumo de bebidas entre os brasileiros, porém notou-se um aumento entre os adolescentes (PINHEIRO, 2019). No Brasil, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente a fase vai dos 12 aos 18 anos (BRASIL, 1990).



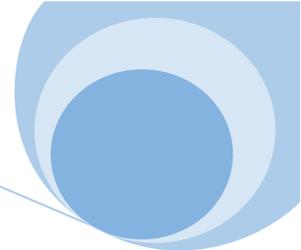
Conforme dados obtidos no 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, aproximadamente 7 milhões de adolescentes no Brasil já consumiram bebidas alcoólicas, em torno de 120 mil pessoas entre 12 a 17 anos já desenvolveu algum vício em decorrência do uso exagerado do álcool (REDAÇÃO FOLHA VITÓRIA, 2019). Apesar da venda ser proibida para menores de 18 anos, conforme a Lei n.º 13.106/2015. (BRASIL, 1990)

O período da adolescência é caracterizado pela fase de crescimento e desenvolvimento fisiológico e psicológico (VIVENDO A ADOLESCÊNCIA). O uso do álcool nessa fase pode provocar alterações morfológicas nas células do organismo, estimulando seu processo de degeneração e apoptose, ocasionando principalmente danos no sistema nervoso (DE SOUZA, 2016).

4. CONCLUSÃO

O consumo do álcool e sua dependência são assuntos de saúde pública pelos efeitos ocasionados em quem consome e em quem está a sua volta, sendo responsável por milhares de acidentes de trânsito, aumento da violência doméstica e da criminalidade, possuindo efeitos de um simples ênese, podendo se agravar e levar a morte. Ao mesmo tempo em que proporciona sensação de prazer o torna dependente, danificando aos poucos o funcionamento homeostático entre os sistemas.

Por ser de livre acesso e possuir a cultura de ser ingerida no meio social, não se torna apenas um problema individual, mas sim familiar e social.



5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.069 de 13 de junho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF.1990. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 30 jan 2020.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL (CISA), 2012. Efeitos do álcool. Disponível em:<<https://cisa.org.br/index.php/sua-saude/informativos/artigo/item/51-efeitos-do-alcool?FhldTexto=233>>. Acesso em: 28 jan 2020.

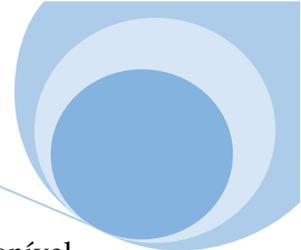
CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL (CISA), 2018. Relatório Global sobre Álcool e Saúde – 2018. Disponível em:<<https://www.cisa.org.br/artigo/10049/relatorio-global-sobre-alcool-saude-2018.php>>. Acesso em 29 de jan. 2020.

CORRÊA, D. Levantamento alerta para consumo de álcool no país. Agência Brasil, 2019. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-08/levantamento-alerta-para-consumo-de-alcool-no-pais>>. Acesso em: 29 jan 2020.

DA SILVA, V. X.; LUZ, H. H. V. As implicações do alcoolismo na vida social e familiar do indivíduo dependente. 2016. Disponível em:<<https://uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Volnei-Xavier-da-Silva.pdf>>. Acesso em: 28 jan 2020.

DE SOUZA, S. F. Danos causados pelo o uso do álcool no sistema nervoso do adolescente. Faculdade Araguaia, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Jalsi_Arruda/publication/330600954_DANOS_CAUSADOS_PEL_O_USO_DO_ALCOOL_NO_SISTEMA_NERVOSO_DO_ADOLESCENTE/links/5c4a00a6a6fdccd6bb5c59b0a/DANOS_CAUSADOS_PEL_O_USO_DO_ALCOOL_NO_SISTEMA_NERVOSO_DO_ADOLESCENTE.pdf>. Acesso em: 31 jan 2020.

KRAPP, J. Pesquisa revela dados sobre o consumo de drogas no Brasil. Fundação Oswaldo Cruz, 2019. Disponível em:<<https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-revela-dados-sobre-o-consumo-de-drogas-no-brasil>>. Acesso em: 30 jan 2020.



MASUR, J. O que é alcoolismo. Editora Brasiliense. São Paulo, SP.1988. Disponível em:<https://books.google.com.br/books?hl=pt-Br&lr=lang_pt&id=vmDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=alcoolismo&ots=qayGFif8UW&sig=J6iVNVfWUbgSc2nabHzdyvZCiq#v=onepage&q=alcoolismo&f=false>. Acesso em: 28 jan 2020.

OPAS/OMS - Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde. Para reduzir uso nocivo do álcool e suas consequências, OPAS/OMS lança iniciativa SAFER no Brasil. OPAS/OMS Brasil, 2019. Disponível em:<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6043:para-reduzir-uso-nocivo-do-alcool-e-suas-consequencias-opas-oms-lanca-iniciativa-safer-no-brasil&Itemid=839>. Acesso em: 29 de jan. de 2020.

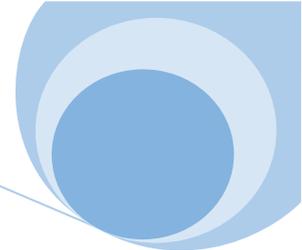
Uso nocivo de álcool mata mais de 3 milhões de pessoas a cada ano; homens são a maioria. OPAS/OMS Brasil, 2018. Disponível em:<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5763:uso-nocivo-de-alcool-mata-mais-de-3-milhoes-de-pessoas-a-cada-ano-homens-sao-a-maioria&Itemid=839>. Acesso em 29 de jan. de 2020.

PINHEIRO, C. Consumo de álcool cai 11% no Brasil, mas aumenta entre os jovens e idosos. Saúde, 2019. Disponível em:<<https://saude.abril.com.br/medicina/consumo-de-alcool-cai-11-no-brasil-mas-aumenta-entre-jovens-e-idosos>>. Acesso em: 30 jan 2020.

REDAÇÃO FOLHA VITÓRIA. Cerca de 7 milhões de brasileiros menores de 18 anos já consumiram bebida alcoólica. 2019. Disponível em:<<https://www.folhavoria.com.br/saude/noticia/08/2019/12h-cerca-de-7-milhoes-de-brasileiros-menores-de-18-ja-consumiram-bebida-alcoolica>>. Acesso em 28 de jan. de 2020.

REIS, G. *et al.* Alcoolismo e seu tratamento. Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v.4, n.2. abril 2014. Disponível em:<<https://www.unitpac.com.br/sites/revista-cientifica/edicoes-anteriores#collapse24>>. Acesso em 28 de jan. de 2020.

VIVENDO A ADOLESCÊNCIA. Adolescência. Disponível em:<<https://www.adolescencia.org.br/site-pt-br/adolescencia>>. Acesso em: 30 jan 2020.



Capítulo 26

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHENTOS NOTIFICADOS EM QUIXADÁ - CEARÁ

Lareska S Rodrigues¹, Maria V A de Sousa¹, Lyrlanda M C de Almeida¹, Maria I Brito²,
Luis F A Sousa¹ & Amanda L N Pereira³

¹ Graduando(a) no Curso Bacharelado em Enfermagem pelo Centro Universitário INTA – UNINTA;

² Graduanda no Curso Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA;

³ Pós-Graduada em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pela Faculdade Itapuranga -FAI.

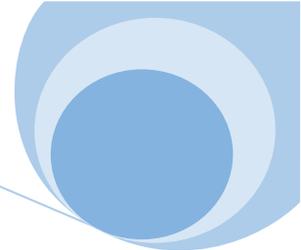
1. INTRODUÇÃO

Animais peçonhentos são reconhecidos como aqueles que produzem ou modificam algum veneno e possuem algum aparato para injetá-lo na sua presa ou predador. Os principais animais peçonhentos que causam acidentes no Brasil são algumas espécies de serpentes, escorpiões, aranhas, lepidópteros, entre outros. Os acidentes por animais peçonhentos e, em particular, os acidentes ofídicos foram incluídos, pela Organização Mundial da Saúde, na lista das doenças tropicais negligenciadas que acometem, na maioria dos casos, populações pobres que vivem em áreas rurais (Ministério da Saúde).

O trabalho tem como objetivo descrever a ocorrência de casos de acidente com animais peçonhentos, notificados em Quixadá, Ceará, no período de 2013 a 2017.

2. MÉTODO

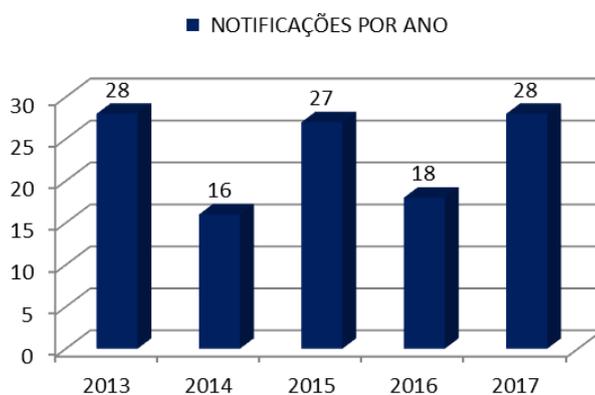
Estudo epidemiológico descritivo, sobre os casos de acidente por animais peçonhentos notificados em Quixadá, CE, de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, as informações foram coletadas no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Os dados são de domínio público, desta forma não foi necessária a submissão do estudo a Comitê de Ética em Pesquisa ou Comissão Científica Local de acordo com Resolução n° 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.



3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram notificados em Quixadá, CE, 117 casos de acidente por animais peçonhentos no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, sendo 23,93% no ano 2013, 13,68% em 2014, 23,08% em 2015, 15,38% em 2016 e 23,93% em 2017. O Gráfico 1 mostra em números absolutos os casos notificados.

Gráfico 1. Notificações absolutas relatadas durante o período

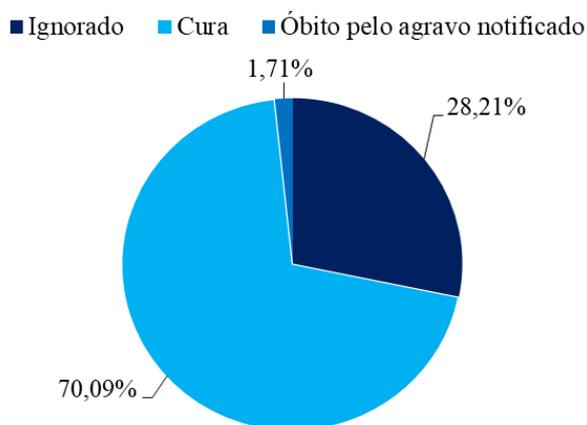


Fonte: DATASUS.

De acordo com sexo, foram notificados 62,40% (73/117) dos casos em indivíduos masculinos, e 37,60% (44/117) em indivíduos do sexo feminino.

De acordo com a evolução do caso, os resultados foram identificados em três categorias: Ignorado, Cura e Óbito pelo agravo notificado (Gráfico 2).

Gráfico 2. Evolução dos casos



Fonte: DATASUS.

De acordo com tempo de picada e atendimento, pode se ver que a maioria dos indivíduos busca tratamento de forma imediata, no entanto existem casos de indivíduos que demoram dias para buscar o tratamento, podendo agravar o estado de recuperação (Tabela 1).

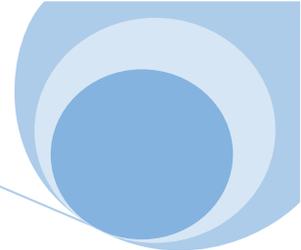
Tabela 1. Tempo para início do atendimento ao paciente

	Quantidade Absoluta	Porcentagem
Ing./branco	6	5,13%
0 a 1 hora	44	37,61%
1 a 3 horas	38	32,48%
3 a 6 horas	12	10,26%
6 a 12 horas	7	5,98%
12 a 24 horas	5	4,27%
X > 24 horas	5	4,27%

Fonte: DATASUS.

4. CONCLUSÃO

Em Quixadá, CE, todos os anos estudados apresentaram notificações, mantendo-se quase que constantes durante o período da pesquisa. A partir da análise dos dados, a vigilância epidemiológica é capaz de determinar pontos estratégicos de vigilância, estruturar as unidades de atendimento aos acidentados, elaborar estratégias de controle desses animais, entre outros. Além disso, se faz necessário fazer o mapeamento nos locais que mais obteve casos.



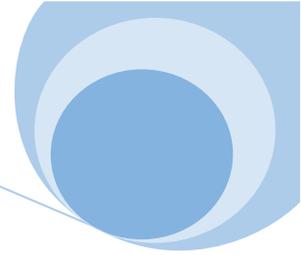
5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Acidentes por animais peçonhentos: o que fazer e como evitar. Disponível em: <saude.gov.br/saude-de-a-z/acidentes-por-animais-peconhentos>. Acesso em: Maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 510, DE 7 DE ABRIL DE 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html> Acesso em: Maio de 2019.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <datasus.saude.gov.br/datasus>. Acesso em: Maio de 2019.

SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Disponível em: <portalsinan.saude.gov.br/>. Acesso em: Maio de 2019.



Capítulo 27

PROJETO PERMANECER: PROMOVENDO AÇÕES NO COMBATE À SÍFILIS CONGÊNITA NUMA MATERNIDADE PÚBLICA DO PIAUÍ

Milenna B Guimarães¹, Adna A Rodrigues², Elayne de S Soares³, Josiana A B Brito⁴,
Lívia M de O Silva⁵ & Mary K de S Aguiar⁶

¹ Psicóloga pelo Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA);

² Psicóloga (FSA), Pedagoga (UFPI), Especialista em Psicopedagogia (UCM) e em Gestão de Pessoas (ESAB);

³ Enfermeira, Especialista em Obstetrícia (IESM);

⁴ Assistente social (UFPI), Especialista em Planejamento, Orçamento e Gestão de Programa e Projeto (ICESPI);

⁵ Psicóloga Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde/Hospital Universitário (RMSHU) pela Universidade Federal do Piauí- UFPI;

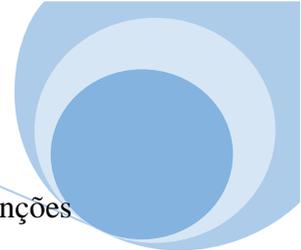
⁶ Enfermeira pela Uninovafapi, Especialista em Neonatologia com habilitação em UTIN.

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é a infecção que possui maior taxa de transmissão dentre as várias doenças que podem ser adquiridas no decorrer do período gravídico-puerperal. Dados epidemiológicos da saúde mostram que, nos últimos cinco anos, tem-se observado um aumento da sífilis congênita e adquirida no mundo.

Desta forma, é possível observar dados epidemiológicos alarmantes do número de casos notificados a nível de Brasil, atentando-se especificamente para o estado do Piauí e à capital, Teresina.

O Projeto Permanecer surge numa maternidade pública do estado do Piauí, a partir da identificação do alto índice de mães com recém-nascidos hospitalizados para tratamento da sífilis congênita. Essas mães demonstram dificuldade de compreensão sobre informações técnicas relacionadas à infecção e apresentam inquietações sobre a internação prolongada, havendo a necessidade da criação de estratégias para o controle da sífilis congênita de forma a sensibilizá-las sobre a permanência dos bebês no hospital e sobre a importância do tratamento.



Assim, esse estudo objetivou relatar a vivência de intervenções multiprofissionais do Projeto Permanecer, voltado para as mães de bebês em tratamento de sífilis numa maternidade de referência em alta complexidade do Piauí. Os objetivos específicos foram: desenvolver ações de sensibilização sobre a sífilis congênita; fortalecer atitudes de adesão ao tratamento, minimizando os sofrimentos decorrentes da hospitalização prolongada; promover reflexões sobre a prevenção da sífilis em gestações posteriores; proporcionar o envolvimento do pai e da família na adesão ao tratamento do recém-nascido.

2. MÉTODO

O estudo é do tipo transversal e qualitativo, a partir da experiência vivenciada pela equipe multiprofissional do Projeto Permanecer na assistência aos pacientes e familiares no tratamento de sífilis congênita em uma ala de uma maternidade pública no período de fevereiro de 2017 a dezembro de 2018. Ressalta-se que esse estudo se baseou nas percepções da equipe na comparação do antes e depois da assistência com a realização do projeto e das informações adquiridas com o preenchimento de questionários sobre o perfil socioeconômico e das condições de saúde durante a gestação das participantes, totalizando 79.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo os estudos epidemiológicos realizados pelos serviços de controle da saúde do Estado do Piauí, conforme dados emitidos pela Nota Técnica nº 05/2018 divulgada pela Secretaria Estadual de Saúde através da DUVAS/Gerência de Atenção à Saúde/Coordenação de Doenças Transmissíveis - IST/AIDS foi possível observar um aumento de demandas relacionadas à Sífilis em gestantes e à Sífilis Congênita (SC) referentes aos anos de 2013 a 2018 no Piauí.

Nesse informe, a cidade de Teresina apareceu em primeiro lugar no ranking dos municípios com maiores números de casos de SC, com um total de 1.065 casos. A capital aparece também em primeiro lugar, com um total de 927 casos, no ranking dos municípios com maiores números de casos de sífilis em gestantes.



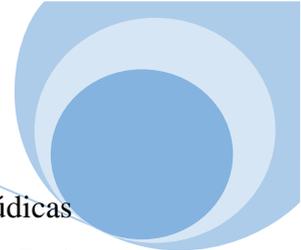
Partindo dessa realidade, Magalhães (2011) ressalta que entre as estratégias de controle da Sífilis em gestantes e a erradicação da SC estão na qualidade da assistência durante a gestação e no pós-parto. Assim, a não prestação desta assistência acarretará ainda na gravidez o abortamento ou o óbito fetal e ao nascer e a criança apresentará graves sequelas quando não realizado o tratamento nos primeiros dias de vida. Portanto, ressalta-se da importância das ações profissionais nos serviços de saúde, pois as políticas de saúde são materializadas por esses atores sociais no atendimento das necessidades e garantia do direito à saúde da população.

Com base nisso, a equipe do Projeto Permanecer procurou desenvolver ações voltadas à redução da SC, devido ao elevado índice de queixas relacionadas à adesão das mães ao tratamento dos recém-nascidos. O projeto foi executado por uma equipe multiprofissional constituída por enfermeiros, psicólogos, médica e assistentes sociais.

As ações do projeto se desenvolviam da seguinte maneira: inicialmente era feita abordagem individual às mães nas enfermarias, de forma discreta, respeitando o sigilo do diagnóstico para realização do acolhimento e o convite para participar dos encontros promovidos pela equipe. Estes encontros proporcionavam que as mães compartilhassem seus receios e vivências em relação à SC, além da sensibilização da importância do tratamento. Os pais dos recém-nascidos também eram convidados para participar do Projeto, sobretudo, receber as orientações e compreender a necessidade da internação do recém-nascidos e sensibilizá-los da importância de prestarem apoio às mães.

No primeiro momento do encontro, a ação era de cunho informativo. A equipe de enfermagem esclarecia acerca da doença, como funcionava o tratamento e as consequências da não realização, os participantes partilhavam suas dúvidas sobre a infecção e recebiam materiais educativos de orientação sobre a doença e dos métodos de prevenção para evitar a ocorrência da infecção em gestações posteriores.

No segundo momento do encontro, a equipe do Serviço Social e da Psicologia realizavam o acolhimento das demandas das mães e familiares decorrentes da internação prolongada, através de relatos sobre como estavam lidando com o tratamento, apontando os aspectos positivos e as dificuldades, além da identificação das queixas em relação à assistência multiprofissional prestada pela maternidade. Era um momento de orientação psicossocial com identificação das necessidades e a promoção da resolutividade das mesmas, de forma a proporcionar condições que favoreçam a tranquilidade para as mães e os familiares durante a permanência no tratamento.



Eram utilizados recursos como músicas, poesias, dinâmicas e atividades lúdicas com o objetivo de melhorar a interação e socialização entre os participantes. Ao final dos encontros era traçado, através de questionários, o perfil socioeconômico das mães, assim como a identificação das suas condições de saúde durante a gestação.

Algumas das pacientes expressavam durante os encontros repercussões emocionais: sentimento de tristeza, medos, angústias, culpa, vergonha, ansiedade, entre outros, além também do desconforto causado durante os procedimentos invasivos nos recém-nascidos durante o tratamento como, por exemplo, na aplicação da medicação e na realização de exames. No encontro era oportunizado um espaço a qual as pacientes podiam ressignificar esses sentimentos através das intervenções psicossociais onde era ressaltado que os sofrimentos internos vivenciados por elas durante o tratamento poderiam ser superados considerando a cura da infecção, conseqüentemente o desenvolvimento saudável do recém-nascido.

Outra ação desenvolvida pelo projeto foi buscar a melhoria da assistência, haviam queixas antes da execução do mesmo sobre o atendimento prestado pela equipe na Ala B da maternidade, buscou-se então uma capacitação sobre a temática e a discussão com equipe destas queixas a fim de ofertar um serviço de qualidade às pacientes e seus familiares, ressaltando a garantia da efetivação dos direitos à saúde. Havia também no projeto um momento de avaliação que ocorria no final dos encontros sobre a assistência. Era solicitado que os participantes avaliassem as atividades realizadas e fizessem suas considerações sobre a assistência multiprofissional prestada na maternidade durante o tratamento.

Buscou-se com o projeto oferecer a integralidade do atendimento pela equipe, buscando atender não somente às necessidades de saúde, mas buscando compreender todas as necessidades das mães e seus familiares no período da internação, oferecendo o bem-estar de forma que pudessem aderirem ao tratamento com tranquilidade, sobretudo, visando a possibilidade de cura da doença.

Portanto, o projeto Permanecer buscou desenvolver ações de envolvimento, cuidado, aprimoramento de conhecimento que buscassem o enfrentamento das vulnerabilidades ocasionadas pela sífilis, o que caracteriza ações de educação em saúde, ferramenta necessária em todos os níveis de atenção à saúde, pois além de permitir o diálogo entre a equipe com usuários, permite a socialização de informações importantes para prevenção e promoção da saúde, como assinala Alves (2005) a educação em saúde:



“Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde”.

Nesse sentido, a equipe do Projeto observou da importância da socialização de informações, pois muitas mães informavam da escassez de informações recebidas no pré-natal (atenção primária) sobre a sífilis e, também, haviam muitas que tiveram conhecimento do diagnóstico na admissão da maternidade. Estas, por sua vez, referiram dificuldade na demora dos resultados dos exames, conseqüentemente, diagnosticada tardiamente.

Conforme Almeida *et al.* (2019), a qualidade da assistência prestada na atenção primária é um dos pontos fundamentais para redução da incidência de Sífilis, por conseguinte, também, na erradicação da SC.

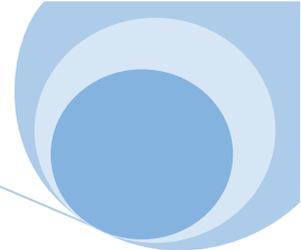
Lazarini e Barbosa (2017) apontam que a intervenção educacional dos profissionais de saúde da atenção primária nas orientações da prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), sobretudo da Sífilis, como a realização do diagnóstico precoce, o tratamento adequado e a notificação da doença possibilitariam uma assistência de qualidade aos pacientes, colaborando para a redução da taxa de transmissão vertical do agravo.

4. CONCLUSÃO

Diante do estudo realizado da experiência desenvolvida pelo projeto Permanecer, percebeu-se que as ações de educação em saúde possibilitaram a redução da resistência das mães no tratamento dos recém-nascidos, a partir do conhecimento adquirido acerca do processo saúde-doença-cuidado. Assim, elas passaram a ser mais colaborativa com a equipe, diminuindo as situações de estresses e angústias decorrentes da internação prolongada.

O projeto, também, contribuiu para diminuição das reclamações em relação à assistência prestada pela equipe, a qual passou a oferecer uma atenção diferenciada aos recém-nascidos e suas mães, adotando mudanças na conduta e no processo de trabalho, principalmente, referente ao respeito do sigilo do diagnóstico.

Dessa maneira, o Projeto, além de permitir a sensibilização da importância do tratamento, oportunizou uma troca de experiências entre as mães, favorecendo percepções de realidades similares contribuindo para o enfrentamento da doença. Portanto, proporcionou mudanças positivas e transformadoras no enfrentamento da SC em uma maternidade pública do Estado do Piauí, contribuindo na redução da doença.



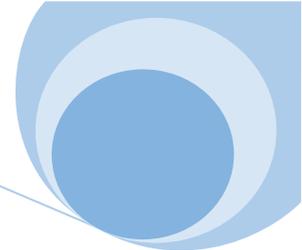
5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. D. *et al.* Análise epidemiológica da sífilis congênita no Piauí. *Revista Interdisciplinar*, v. 8, n. 1, p. 62-70, 2015.

LAZARINNI, F. M.; BARBOSA, D. A. Intervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, v. 25, p. 2845, 2017

MAGALHÃES, D. M. Dos. S. *et al.* A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Comunicação em Ciências da Saúde*, v. 22, p. S43-S54, 2011

NOTA TÉCNICA Nº 05/2018. Secretaria Estadual de Saúde do Piauí - Sesapi. Teresina. Out. 2018. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/357/NOTA_T%C3%89CNICA_DIA_NACIONAL_DA_S%C3%8DFILIS__out_2018.pdf>. Acesso em: 30 fev. 2020.



Capítulo 28

INCIDÊNCIA DA TUBERCULOSE NO PIAUÍ DE 2015 A 2017

Thálisson W de Andrade Bezerra, Maria do Livramento M Bezerra, Nayra C S Cunha, Sabrina F de Sousa Feitosa, Vitoria D B Marinho, Ester N Cardoso, Lívia M S Lima, Everton M Lopes & Mara R de Sousa Silva

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB), antiga enfermidade descrita como tísica, foi conhecida no século XIX como peste branca, dizimando milhares de pessoas em todo mundo. A TB no século XX caracterizou-se por altas taxas de mortalidade, sobretudo até o final dos anos 40 (MACIEL, 2012).

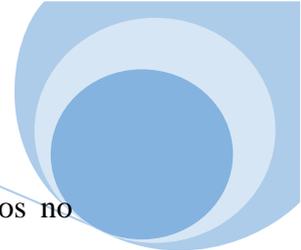
A tuberculose é uma doença infecciosa e transmissível que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e/ou sistemas. A doença é causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch (Figura 1) (BRASIL, 2017).

Figura 1. *Mycobacterium tuberculosis* vista no microscópio, corado pela técnica de Ziehl-Neelsen



Fonte: UNICAMP.

Populações como os privados de liberdade, situação de rua e acometidos pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) possuem alta vulnerabilidade. O Brasil ocupa



a 18ª posição em carga de tuberculose, representando 0,9% dos casos estimados no mundo e 33% dos estimados para as Américas (BRASIL, 2016). O Piauí conseguiu reduzir 18% a incidência de novos casos de tuberculose nos últimos anos. Dados apontam que, em 2011, foram detectados 791 novos casos de tuberculose, representando uma incidência de 25,2 a cada 100 mil habitantes (PIAUÍ, 2018).

O presente trabalho destina-se a avaliar a incidência de Tuberculose no estado do Piauí no período entre 2015 a 2017.

2. MÉTODO

A Pesquisa do tipo bibliográfica foi realizada utilizando o manual da tuberculose no Brasil, bem como os dados epidemiológicos, retrospectivos, retirados do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil – DATASUS, que foram organizados de forma descritiva por meio do boletim epidemiológico relativo ao período de 2015 a 2017, e através da biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Libraly Online* - SciELO, optou-se por artigos em idioma português, usando como descritores epidemiologia, incidência, tuberculose.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, apesar da tendência de redução do coeficiente de incidência e de mortalidade, entre 2015 e 2017, houve 69.569 casos novos de TB para cada 100 mil habitantes, e foram registrados 4.426 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2018).

No Piauí, houveram 622 casos novos notificados, o menor número da região nordeste, o coeficiente de incidência ficou em 19,3 para cada 100 mil habitantes, o coeficiente de mortalidade gira em torno de 2,5 para cada 100 mil habitantes, como mostra a Tabela 1 (BRASIL, 2018).

Apesar do menor número de novos casos de TB no Piauí, não é possível notar uma regressão da doença, uma vez que o percentual de incidência aumentou entre os anos de 2015 a 2017, como podemos observar abaixo na Tabela 2 (BRASIL, 2018).

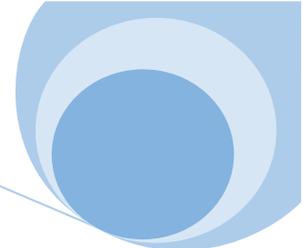


Tabela 1. Indicadores de TB na região Nordeste por unidade federativa no ano de 2017

Unidade da Federação	Casos novos de TB notificados	Coefficiente de incidência de TB 100 mil/HAB
Alagoas	948	28,1
Bahia	4.099	26,7
Ceará	3.076	34,1
Maranhão	2.021	28,9
Paraíba	1.031	25,6
Pernambuco	2.354	46,0
Piauí	622	19,3
Rio Grande do Norte	1.059	30,2
Sergipe	659	28,8

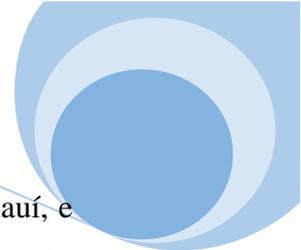
Fonte: Ministério da Saúde.

Tabela 2. Porcentagem de casos de tuberculose por 100.000/hab nos anos de 2015 a 2017 no estado de Piauí

ANO	(%)
2015	18,9%
2016	21,3%
2017	21,3%

Fonte: Ministério da Saúde.

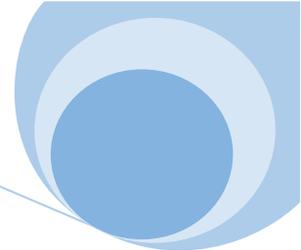
No Brasil, em 2015, apenas 68,9% dos casos novos de tuberculose foram submetidos à testagem para HIV, os resultados da testagem para HIV entre os casos novos de tuberculose revelaram 9,7% de pessoas com a coinfeção TB-HIV no Brasil (BRASIL, 2016).



Observa-se o moderado número de incidência e mortalidade por TB no Piauí, e um número baixo de novos casos, em relação a outros estados da região nordeste, tendo em vista que os números demonstram apenas os casos notificados da patologia, estes números podem ser maiores se considerar os casos subnotificados.

4. CONCLUSÃO

Nota-se uma capacidade do estado do Piauí em realizar uma atenção integral para o segmento de tratamento da doença, contando com atenção laboratorial para confirmação dos casos dado os números positivos de cura, ainda assim, há um percentual de abandono do tratamento. Diante do exposto sugerem-se ações estratégicas para identificação oportuna dos casos e quebra da cadeia de transmissão da doença, contribuindo para melhor desfecho dos casos, tendo em vista que o Piauí tem uma das mais altas coberturas de estratégia de saúde da família do Brasil.



5. REFERÊNCIAS

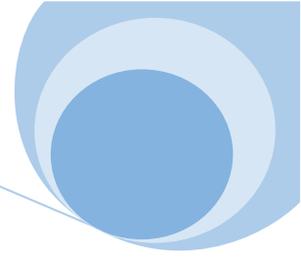
BRASIL, Ministério da Saúde. Tuberculose: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. Disponível em <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/tuberculose>. Acesso em 28 de maio de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde; Secretária de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. v. 49, n. 11, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde; Secretária de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. v. 47, n. 13, 2016.

MACIEL, M. S. *et al.* A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. Revista Brasileira de Clínica Médica, v. 10, n. 3, p. 226-230, 2012.

PIAUI, Secretária de Saúde. Piauí realiza V Fórum Estadual Integrado de Tuberculose e Hanseníase. Disponível em <http://www.saude.pi.gov.br/noticias/2018-04-25/8674/piaui-realiza-v-forum-estadual-integrado-de-tuberculose-e-hanseniose.html>. Acesso em 27 de maio de 2019.



Capítulo 29

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE À EXPERIÊNCIA DO ADOECIMENTO NO HOSPITAL

Ana Dalila B de Vasconcelos, Antônio M B de Souza & Maria S A Costa

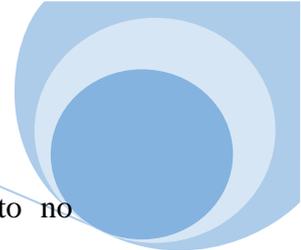
1. INTRODUÇÃO

A Psicologia Hospitalar ocupa-se dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento, visando auxiliar o sujeito a vivenciar a experiência de adoecimento e hospitalização. O Psicólogo hospitalar não considera o sujeito e sua enfermidade de forma dicotômica, por exemplo, mente versus corpo, causa psicológica versus causa orgânica, ao contrário, considera que todo processo de adoecimento e hospitalização são permeados de subjetividade, isto é, sentimentos, desejos, medos, angústias e fantasias, dessa forma, sua presença se faz necessária ao hospital como um todo (MORETO & SIMONETTI, 2006 *apud* CANTARELLI, 2009).

Na medida em que volta seu olhar para os aspectos psicológicos relacionados ao adoecimento e à hospitalização, o psicólogo hospitalar atua como um agente de transformação do modelo biomédico de saúde, focado na figura do médico, na doença, no diagnóstico e em uma suposta busca por objetividade no atendimento ao sujeito. Diferentemente de um modelo de atenção voltado somente para a doença, o psicólogo no contexto hospitalar direciona-se para o doente e sua relação com a doença (SIMONETTI, 2004 *apud* MOSIMANN & LUSTOSA, 2011).

Antes limitado a funções diagnósticas, o contato entre psicologia e medicina na instituição hospitalar deve acontecer de forma complementar, sempre visando o bem-estar e uma melhor qualidade de vida do sujeito hospitalizado (MEIADO & FADINI, 2014; SIMONETTI, 2004).

Dessa forma, o presente capítulo propõe-se a relatar uma experiência de estágio supervisionado em hospital geral, com foco nas percepções do trabalho realizado pelo



psicólogo e refletindo sobre sua atuação frente à experiência de adoecimento no contexto hospitalar.

2. MÉTODO

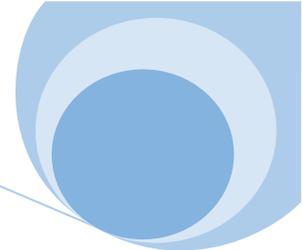
Trata-se de um relato de experiência de estágio supervisionado na ênfase processos clínicos e atenção à saúde, do curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral, realizado na Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS), durante o período de agosto a novembro de 2018 e fevereiro a junho de 2019.

A SCMS é um hospital de referência estadual e regional, que presta atendimento de média e alta complexidade na assistência à saúde. Trata-se de uma instituição filantrópica, que recebe financiamento tanto do poder público quanto da iniciativa privada. Atualmente, integra um complexo hospitalar em conjunto com o Hospital do Coração, a Clínica Dom Odelir, o Abrigo Sagrado Coração de Jesus e o Hotel Visconde (SANTA CASA DE MISERICÓDIA DE SOBRAL, 2016).

A instituição presta atendimento sanitário a aproximadamente 55 municípios da Macrorregião de Sobral/CE, chegando a atender mensalmente uma média 40 mil pacientes. A SCMS é considerada um hospital de referência em muitas especialidades médicas e há alguns anos também tem funcionado como uma instituição de ensino, contribuindo com a formação de diversos profissionais da saúde (SANTA CASA DE MISERICÓDIA DE SOBRAL, 2016).

A partir de 2007 a instituição passou a contar com o Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE), que funciona em parceria com universidades, ofertando internatos e residências médicas em várias especialidades, residência multiprofissional e oportunidades de estágios em diversas áreas de formação (SANTA CASA DE MISERICÓDIA DE SOBRAL, 2016).

O Setor de Psicologia da SCMS existe desde 2006 e é o responsável por prestar atendimento psicológico aos pacientes e acompanhantes e oferecer o suporte necessário ao corpo de funcionários da instituição. Atualmente o hospital conta com a presença de dois profissionais psicólogos, uma que fica responsável pelo setor de hemodiálise e o outro pelos demais setores e enfermarias e por algumas questões organizacionais relacionadas ao complexo hospitalar do qual a SCMS faz parte, sendo este o preceptor do estágio em questão.



3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

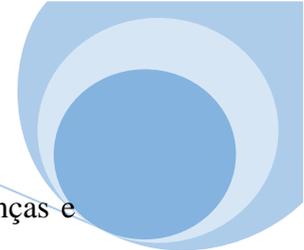
A experiência ocorreu em todos os setores e enfermarias do hospital, exceto na hemodiálise. Apesar da escassez de psicólogos e considerando a quantidade de demanda que a instituição recebe, não há comunicação entre os dois profissionais e a forma como os setores estão divididos para cada profissional é algo naturalizado na dinâmica institucional.

Foram realizados atendimentos individuais nos leitos, interconsultas psicológicas e acompanhamento familiar e da equipe. No que diz respeito ao acompanhamento da equipe, muitas vezes aconteceu por meio de momentos de psicoeducação. Os atendimentos ocorreram, principalmente, por busca ativa e solicitação da equipe e, poucas vezes, por demanda espontânea. Ressalta-se que em todas as situações de busca espontânea por atendimento, o paciente buscou não o profissional psicólogo (muitos até relataram desconhecer a presença desse profissional no ambiente hospitalar), mas o profissional de saúde que estava passando no momento e que coincidentemente era o psicólogo.

Parte do trabalho que foi realizado nessa instituição diz respeito às solicitações de atendimento psicológico feita pela equipe, geralmente enfermeiro ou médico. As queixas trazidas pela equipe muitas vezes não se constituíam em demanda de atendimento psicológico, geralmente se configuravam em situações onde o paciente não aderiu ao tratamento proposto pela equipe médica, então era solicitada a presença do psicólogo para que o ajudasse a aderir.

Ressalta-se que o trabalho do psicólogo no hospital tem como objetivo auxiliar o sujeito a vivenciar, atravessar sua experiência de adoecimento e hospitalização, e não o ajudar a aderir às solicitações médicas, por mais imprescindíveis que sejam. Inúmeras vezes acontece que, ao falar sobre suas questões e angústias, o sujeito encara com mais facilidade o tratamento médico e tem-se, conseqüentemente, maior adesão, entretanto essa é uma consequência do trabalho do psicólogo e não seu objetivo (SIMONETTI, 2004).

É importante destacar a complexidade e dinamicidade do hospital, das relações que lá se estabelecem e, portanto, da atuação do psicólogo nesse contexto. Segundo Brasil (2013) “a Política Nacional de Atenção Hospitalar considera o hospital um local



adequado para as práticas de promoção de saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação”.

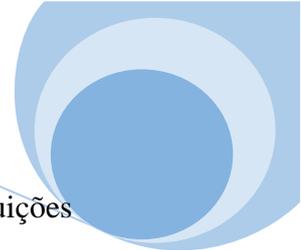
O setor de Psicologia do hospital em questão integra a Comissão de prevenção e atendimento aos maus-tratos a crianças e adolescentes (CPAMCA), formada por alguns profissionais da saúde e conselheiros tutelares. É institucionalmente estabelecido, ou seja, faz parte da cultura da organização, a regra que determinava como sendo de responsabilidade do psicólogo a realização das notificações compulsórias no Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN).

As implicações disso traduziam-se, muitas vezes, em uma limitação do atendimento psicológico à coleta de informações necessárias para a notificação e em uma redução, por parte da equipe multiprofissional, da função do psicólogo à realização de notificações, que muitas vezes era procurado pela equipe devido pendências de notificações que precisavam ser feitas em suas enfermarias.

Verificou-se também que os sujeitos hospitalizados possuem poucos espaços para falarem a respeito de sua experiência de adoecimento e, quando o fazem, não são escutados e acolhidos. Paralelamente a isso, observou-se também um grande despreparo da equipe multiprofissional para lidar com questões subjetivas relativas ao adoecimento e à hospitalização. Muitas das solicitações recebidas da equipe se configuravam em situações onde os sujeitos estavam se expressando por meio de choro, grito, fala frequente. Nessas circunstâncias, primeiramente eram feitas intervenções de psicoeducação com a equipe para, em seguida, avaliar a necessidade ou não de atendimento psicológico do paciente.

Alguns dos principais desafios encontrados foram a escassez de profissionais psicólogos para lidar com a quantidade de demanda que a instituição recebe, ficando um psicólogo responsável por todos os setores, exceto a hemodiálise, e pela realização de recrutamento e seleção de pessoal de todo o complexo hospitalar do qual a SCMS faz parte, atribuições que seriam de responsabilidade de um psicólogo organizacional.

Outro desafio foi o fato de o hospital ser historicamente o lugar do médico e das práticas médicas. O modelo biomédico de saúde ainda é hegemônico na instituição hospitalar, portanto, as práticas de saúde são voltadas para a doença, o diagnóstico, os sintomas, ficando o doente e sua experiência de adoecimento em segundo plano. Parte da função do psicólogo na instituição hospitalar é construir espaços para poder atuar, mostrar a relevância de sua atuação por meio de práticas consistentes e fundamentadas e



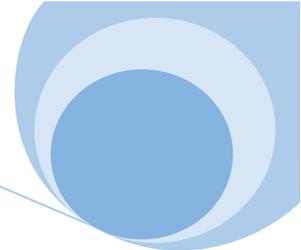
psicoeducar principalmente a equipe multiprofissional a respeito de suas atribuições naquele contexto (SIMONETTI, 2004; TONETTO & GOMES, 2007).

E, por último, um grande desafio enfrentado no contexto hospitalar foi a comunicação entre a tríade paciente/família/equipe, sendo parte do trabalho do psicólogo atuar nesta mediação. De acordo com o CFP (2001, p.13), “o Psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar [...] Promove intervenções direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família, paciente/paciente e do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo”.

Na maioria das vezes, a comunicação entre equipe/paciente e equipe/família não aconteceu de forma efetiva, resultando em desacordos e, conseqüentemente, em aumento de sintomas ansiosos nas enfermarias, relacionados principalmente à falta de informação e às verbalizações feitas em linguagem não acessível.

4. CONCLUSÃO

A experiência de estágio supervisionado em um hospital geral é bastante enriquecedora no processo de tornar-se um profissional da saúde. O psicólogo hospitalar é um importante agente de transformação do modelo biomédico de saúde na medida em que atua construindo práticas de saúde mais humanizadas e individualizadas, construindo espaços para que o sujeito hospitalizado fale sobre suas angústias e questões e seja visto como um todo, não somente como uma patologia que precisa de atenção e cuidado médico (SIMONETTI, 2004 *apud* MOSIMANN & LUSTOSA, 2011).



5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. (2013). Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União, nº 251, dez. 2013, Seção 1, p.170.

CANTARELLI, A. P. S. Novas abordagens da atuação do psicólogo no contexto hospitalar. Revista SBPH, v. 12, n. 2, p. 137-147, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 02/2001. Brasília, DF: CFP, 2000. Disponível em: <<http://www.pol.org.br/legislacao/resolucoes.cfm?ano=2001>>. Acesso em: 19 Dez. 2019.

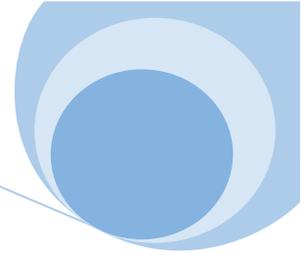
MEIADO, A. C.; FADINI, J. P. O papel do psicólogo hospitalar na atualidade: um estudo investigativo. RECIFIJA, v. 11, n. 1, p. 1-15, 2014.

MOSIMANN, L. T. N.; LUSTOSA, M. A. A Psicologia hospitalar e o hospital. Revista SBPH, v. 14, n. 1, p. 201-232, 2011.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL. Apresentação. Sobral, 23 de junho de 2016. Acessado em: 19 Dez. 2019. Disponível em: <<http://stacasa.com.br/site/apresentacoes/>>.

SIMONETTI, A. Manual de Psicologia Hospitalar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

TONETTO, A. M.; GOMES, W. B. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. Estudos de Psicologia, v. 24, n. 1, p. 89-98, 2007.



Capítulo 30

AÇÃO EDUCATIVA COM PRÉ-ESCOLARES SOBRE HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Beatriz G S Oliveira, Alexia L Costa, Ana C N Borges, Juliana B Bezerra, Victória Y C Alencar, Yandra C R Lucas & Ennya C P S Duarte

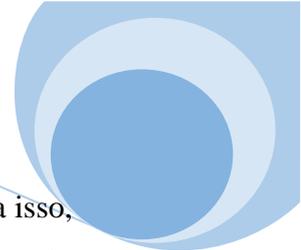
1. INTRODUÇÃO

A educação nutricional surge com o intuito de desenvolver estratégias para impulsionar a cultura e a importância da alimentação saudável, respeitar as necessidades individuais, além de modificar crenças, valores, atitudes, representações, práticas e relações sociais que são pré-determinados em torno da alimentação. Onde a escola aparece como destaque, representando um ambiente propício para projetos de educação nutricional, junto com a família (GONÇALVES, 2008).

A infância é o período em que ocorre a formação dos hábitos alimentares, e o entendimento dos fatores determinantes dessa alimentação possibilita a elaboração de processos educativos, que são efetivos para mudanças no padrão alimentar das crianças (RAMOS, 2000).

Com o ingresso na escola, a criança está suscetível a influências, sobretudo nas escolhas alimentares, uma vez que passa a se relacionar com outras pessoas e se depara com outros hábitos sociais. A escola tem papel fundamental na sua formação e na ampliação de conhecimentos e práticas que promovam a educação em saúde, estimulando hábitos alimentares saudáveis para as famílias e comunidades, que poderão desenvolver condutas adequadas à manutenção da saúde (BRASIL, 2008).

A escola também possibilita o desenvolvimento físico, psicológico, intelectual e social da criança, ou seja, o seu desenvolvimento integral (LOPEZ & JÚNIOR, 2011). Desse modo, a educação alimentar e nutricional (EAN) tem o grande desafio de aproximar-se das dimensões relacionadas a vida humana, tais como biológicas, econômicas, culturais, etc.



Os profissionais devem estar preparados e atualizados nessas questões; para isso, a EAN precisa investir em atividades práticas, possibilitando o desenvolvimento de ações de educação em saúde e nutrição com base no contexto da saúde atual (GALISA *et al.*, 2014). Assim, o objetivo desta ação educativa foi possibilitar aos alunos graduandos em nutrição uma experiência prática de como transmitir conhecimentos sobre alimentação saudável e fomentar a interação social durante as refeições de crianças em idade pré-escolar, e assim ajudá-las na construção saudável de hábitos alimentares saudáveis das mesmas.

2. MÉTODO

A ação educativa foi realizada por acadêmicos do 7º período do curso de nutrição no âmbito da disciplina de Educação Nutricional em maio de 2019, com alunos matriculados nos jardins I e II de uma escola particular do município de Picos-PI.

Para o desenvolvimento da ação educativa foram utilizadas estratégias como: apresentação de cena com fantoches, dinâmica com a oferta de alimentos (maçã, laranja, uva, tomate, cenoura e ovo cozido) e exposição de um vídeo lúdico a respeito da interação social e os hábitos corretos à mesa.

Para avaliação da ação, foram entregues imagens de alimentos para que cada criança colocasse a imagem na cor do semáforo que julgasse ser a correta, estando presentes apenas a cor verde e vermelha. Por fim, cada criança recebeu um folheto com três receitas saudáveis e de fácil preparação para que levassem até os pais, com o intuito de estimular os mesmos a substituir os lanches industrializados por preparações saudáveis.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No momento da apresentação com fantoches, onde foi enfatizado a importância das frutas e seus benefícios, pôde-se perceber que as crianças se divertiram muito e que a utilização de fantoches foi uma estratégia importante para despertar o interesse delas para a mensagem que se propôs repassar.

Em relação a dinâmica que foi realizada em seguida com a oferta de alimentos, esta teve o intuito de estimular a palatabilidade das frutas e legumes, além de quebrar

possíveis resistências em relação ao consumo destas. Esta também se mostrou como uma estratégia efetiva, despertando o interesse da maioria das crianças em participar da atividade, permitindo a integração de todos os alunos na mesma.

Durante essa atividade lúdica, seis grupos com quatro crianças foram orientados a fecharem os olhos ou quando permitiam, foram vendados para adivinhar o alimento apenas com o paladar e relataram se tinham gostado ou desgostado do mesmo. De forma que o alimento com menor aprovação foi à cenoura, apenas uma das crianças declarou ter gostado. Em contrapartida, as frutas obtiveram uma ótima aprovação, tendo seus sabores rapidamente relacionadas as devidas frutas, além de serem consideradas gostosas por elas. Os alimentos que foram ofertados as crianças estão apresentados na Figura 1.

Posteriormente, foi exposto um vídeo lúdico de curta duração a respeito da interação social e hábitos corretos à mesa. Nesse momento, percebeu-se como a atenção das crianças é adquirida rapidamente através de meios midiáticos, garantindo a interpretação e absorção do conhecimento repassado pelo vídeo.

Figura 1. Alimentos ofertados aos alunos



Fonte: elaborada pelo autor.

Por fim, foi possível avaliar a ação, por meio de dois cartazes em forma circular na cor verde e vermelho, simulando um semáforo, onde o verde representava os

alimentos que poderiam ser consumidos livremente e o vermelho alimentos que deveriam ser consumidos com moderação. Foram entregues a cada aluno uma imagem de alimento, onde os mesmos deveriam colocar na cor que julgasse correta. A maioria dos alunos fizeram a relação correta entre a imagem e a cor (Figura 2), ratificando dessa forma, que as crianças conseguiram compreender o que foi repassado. A correção das duas imagens que foram colocadas de forma inadequada está na Figura 3.

Figura 2. Alimentos fixados no quadro (semáforo) pelas crianças

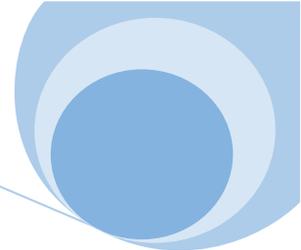


Fonte: elaborada pelo autor.

Figura 3. Correção dos alimentos feita pelos discentes de nutrição

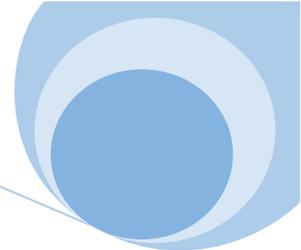


Fonte: elaborada pelo autor.



4. CONCLUSÃO

O ensino da educação nutricional de forma lúdica apresentou resultados benéficos quanto a avaliação da escolha de alimentos saudáveis. O ambiente escolar mais uma vez se mostrou oportuno para o desenvolvimento de ações educativas quanto a instrução e aplicação de educação nutricional. Com base no que foi apresentado podemos observar a importância das ações nutricionais educativas no desenvolvimento de escolhas e hábitos alimentares adequadamente saudáveis, além da importância da realização dessas ações também para o aprendizado dos acadêmicos dos cursos de nutrição.



5. REFERÊNCIAS

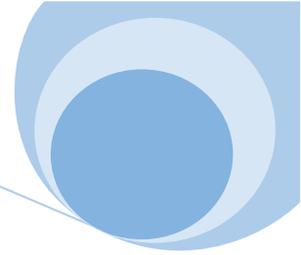
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Manual operacional para profissionais da saúde e educação: promoção da alimentação saudável nas escolas. Brasília, 2008

GALISA, M. *et al.* Educação alimentar e nutricional: da teoria à prática. 1 ed. Vila Mariana- SP: Rocca, 2014.

GONÇALVES, F. D. *et al.* Health promotion in primary school. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 12, n. 24, p. 181-92, 2008.

LOPEZ F. A.; JÚNIOR D. C. Filhos - de 2 a 10 anos de idade. Barueri: Manole; 2011.

RAMOS, M.; STEIN, L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. Jornal de Pediatria, v. 76, p. 229–237, 2000.



Capítulo 31

A INFLUÊNCIA DA FADIGA MUSCULAR EM MEMBROS INFERIORES NA MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO ESTÁTICO

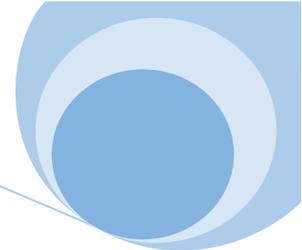
Francisco das C S Torres Junior, Baldomero A K da Silva, Raynara V Farias, Brenda V Bogéa & Priscila M da C Ferreira

1. INTRODUÇÃO

O Controle Postural pode ser definido como a habilidade de um indivíduo assumir e manter a posição desejada durante uma atividade estática ou dinâmica (KLEINER *et al.*, 2011; BARONI *et al.*, 2011). Os sistemas de manutenção do equilíbrio podem ser afetados por diversos fatores, dentre eles: condicionamento e exercícios físicos. Durante a prática de atividades físicas, é comum o aparecimento de Fadiga Muscular (FM), que pode ser definida como declínio na capacidade do sistema neuromuscular de gerar força (SILVA *et al.*, 2006; ALONSO *et al.*, 2012). Este estudo buscou analisar, utilizando plataforma estabilométrica, o equilíbrio estático do corpo humano após um protocolo de exercício para indução da fadiga em membros inferiores (MMII).

2. MÉTODO

O estudo foi realizado no Laboratório de Estudos de Sinais Biológicos (BioSignal) da Universidade Federal do Piauí - UFPI, *Campus* Ministro Reis Velloso, Parnaíba – PI. 47 indivíduos do sexo masculino, avaliados com o *Physical Activity Readiness Questionnaire* - Par-Q, Formulário Experimental de Controle e Questionário Internacional de Atividades Físicas – IPAQ, foram submetidos a uma avaliação do equilíbrio estático, na plataforma estabilométrica, em quatro posturas (*bipodal e unipodal*, de olhos abertos e fechados) antes e após a realização de um protocolo de exercício incremental em um cicloergômetro de MMII.



3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final incluiu trinta e oito sujeitos com média de idade de 21,95 ($\pm 1,5$) anos, média de 1,73 m ($\pm 0,08$) de altura e 74,60 ($\pm 14,62$) kg. A média de tempo na realização do protocolo de fadiga foi de 33:40:50 minutos.

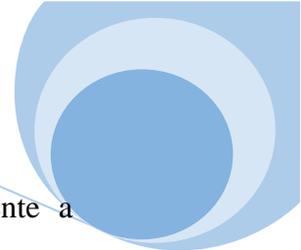
A velocidade de deslocamento do Centro de pressão (COP) no sentido ântero-posterior (AP) e médio-lateral (ML) aumentou de forma significativa ($p < 0,05$) em todas as posturas e o *Root Mean Square* (RMS) só apresentou diferença na postura Bipodal com os olhos abertos. Os achados no presente estudo revelam alterações no equilíbrio estático como efeito da indução de fadiga em MMII, uma vez que a velocidade média de deslocamento do COP o sentido AP e ML, considerada um indicador confiável da estabilidade postural do indivíduo, apresentou alterações (BARONI *et al.*, 2011).

Os valores do RMS também refletem o estado de controle postural; esta variável leva em consideração toda a oscilação do COP, estando relacionada com a efetividade do sistema de controle postural no que diz respeito ao nível de estabilidade atingida pelas ativações do sistema muscular (CAVALHEIRO, 2010; BARBOSA *et al.*, 2014). Em um protocolo experimental de indução de fadiga com diferentes intensidades em músculos plantiflexores de tornozelo, foi observado aumento na velocidade média de deslocamento do centro de pressão, tanto em sentido AP como em ML, comparando os períodos pré e pós-fadiga (BOYAS *et al.*, 2013).

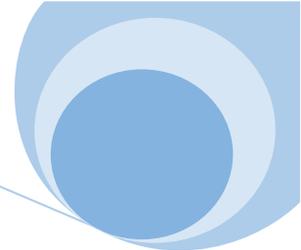
A fadiga muscular refere-se a um déficit motor, onde há decréscimo gradual na capacidade muscular e que pode induzir alterações em processos motores e sensoriais, bem como alterar a capacidade de produção de força, aumentando a rigidez articular e prejudicando a propriocepção. Tais alterações, por sua vez, levam a uma desestabilização muscular ou retardo na sua atividade, resultando em um controle postural menos eficiente (BOYAS *et al.*, 2013; DOS SANTOS *et al.*, 2010; ENOKA & DUCHATEAU, 2008).

4. CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos no presente estudo, conclui-se que a fadiga muscular em MMII afeta de forma significativa o equilíbrio corporal tanto em sentido anteroposterior como no sentido médio-lateral.



A compreensão do comportamento e das respostas do organismo frente a situações adversas como a fadiga muscular pode contribuir na prática clínica, uma vez que a fadiga tem sido associada ao aumento do risco de lesões. Os indivíduos foram analisados apenas em posturas estáticas, sendo necessárias pesquisas futuras que avaliem tais respostas em situações dinâmicas de modo a auxiliar na compreensão de tais mecanismos adaptativos.



5. REFERÊNCIAS

ALONSO, A. C. *et al.* Fatores antropométricos que interferem no equilíbrio postural. *Brazilian Journal of Biomechanics*, v. 13, n. 25, p. 53-60, 2012.

BARBOSA, A. F. *et al.* Quantificação do equilíbrio pelo videogame: estudo piloto. *Acta Fisiátrica*, v. 21, n. 1, p. 21-25, 2014.

BARONI, B. M. *et al.* Efeito da fadiga muscular sobre o controle postural durante o movimento do passe em atletas de futebol. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, v. 13, n. 5, p. 348-353, 2011.

BOYAS, S. *et al.* Fatiguing exercises intensity influences the relationship between parameters reflecting neuromuscular function and postural control variables. *PLoSOne*, v. 8, n. 8, e72482, 2013.

CAVALHEIRO, G. L.; Análise da postura ereta quieta em diferentes faixas etárias utilizando o discriminante linear. Tese (Doutorado em Ciências). Universidade Federal de Uberlândia, 2010.

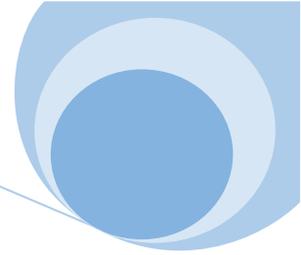
DOS SANTOS, A. B. *et al.* Aspectos Biomecânicos e Fisiológicos da Fadiga na Locomoção Humana: Conceitos Mecanismos e Aplicações. *Ciência em Movimento*, n. 23, p. 89-98, 2010.

ENOKA, R. M.; DUCHATEAU, J. Muscle fatigue: what, why and how it influences the muscle function. *The Journal of Physiology*, v. 586, n. 1, p. 11-23, 2008.

KLEINER, A. F. R.; SCHILITTLER, D. X. C.; SÁNCHEZ-ARIAS, M. D. R.; O papel dos sistemas visual, vestibular, somatossensorial e auditivo para o controle postural. *Revista Neurociências*, v. 19, n. 2, p. 349-357, 2011.



SILVA, B. A. R. S. *et al.* Efeito da fadiga muscular induzida por exercício no tempo de reação muscular dos fibulares em indivíduos saudáveis. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 12, n. 2, 2006.



Capítulo 32

CASOS DE MENINGITE NOTIFICADOS DE 2014 A 2018 EM SOBRAL - CE

Lareska S Rodrigues¹, Maria V A de Sousa¹, Maria I Brito², Taynara V Paiva¹, Priscila da S Américo¹ & Eliane C do Nascimento³

¹ Graduanda no Curso Bacharelado em Enfermagem pelo Centro Universitário INTA – UNINTA;

² Graduanda no Curso Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA;

³ Graduada no Curso Bacharelado em Enfermagem pelo Centro Universitário INTA – UNINTA.

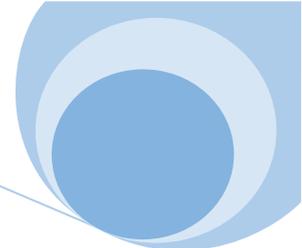
1. INTRODUÇÃO

A meningite é um processo inflamatório das meninges, membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal. Pode ser causada por diversos agentes infecciosos, como bactérias, vírus, parasitas e fungos, ou também por processos não infecciosos. As meningites bacterianas e virais são as mais relevantes do ponto de vista da saúde pública, devido sua magnitude e capacidade de ocasionar surtos, e no caso da meningite bacteriana, a gravidade dos casos (Ministério da Saúde).

O trabalho tem como objetivo descrever a ocorrência de casos de meningite, notificados em Sobral, Ceará, no período de 2014 a 2018.

2. MÉTODO

Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, com base em dados secundários, nos quais as informações sobre os casos de meningite notificados em Sobral, CE, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, foram recuperados no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Os dados são de domínio público, desta forma não foi necessária à submissão do estudo a Comitê de Ética em Pesquisa ou Comissão Científica Local, de acordo com Resolução n° 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.



3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram notificados em Sobral, CE, 168 casos de meningite no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, sendo 16,07% no ano 2014, 12,50% em 2015, 17,86% em 2016, 27,98% em 2017 e 25,59% em 2018. O gráfico a seguir mostra em números absolutos os casos notificados (Gráfico 1).

Gráfico 1. Ocorrências absolutas relatadas durante o período



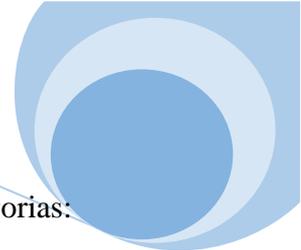
Fonte: DATASUS.

A pesquisa analisou ainda o percentual de acordo com a faixa etária, dividido por: menores de 1 ano; 1-4 anos; 5-9 anos; 10-14 anos; 15-19 anos; 20-39 anos; 40-59 anos; 60-64 anos; 70-79 anos e 80 ou mais anos, como estava disposto por divisão do município. A tabela 1 mostra o percentual e o número absoluto de cada categoria.

Tabela 1. Ocorrência por Idade e Percentual do grupo

	Quantidade de Pessoas	Porcentual Representante
X < 1	30	17,86%
01-04 anos	14	8,33%
05-09 anos	15	8,93%
10-14 anos	12	7,14%
15-19 anos	16	9,52%
20-39 anos	44	26,19%
40-59 anos	29	17,26%
60-64 anos	3	1,79%
70-79 anos	2	1,19%
X ≥ 80 anos	3	1,79%

Fonte: DATASUS.



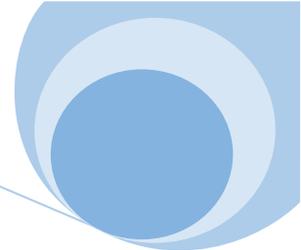
De acordo com evolução dos casos, ainda foi classificado em quatro categorias: ign/branco (n = 47), alta (n = 94), óbito por meningite (n = 20) e óbito por outra causa (n = 7).

4. CONCLUSÃO

Os casos de meningite em Sobral - CE foram notificados em todos os anos estudados, mantendo-se quase que constantes durante o período da pesquisa. A faixa etária com mais casos foi a de 20 a 39 anos.

A meningite é considerada uma doença endêmica, deste modo, casos da doença são esperados ao longo de todo o ano, com a ocorrência de surtos e epidemias ocasionais, sendo mais comum a ocorrência das meningites bacterianas no inverno e das virais no verão. Portanto, faz-se necessário realizar o mapeamento na área mais acometida, juntamente com a notificação no sistema.

As meningites infecciosas estão no grupo de notificação compulsória, pois constituem um problema de Saúde Pública Nacional e Mundial. Neste cenário, o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) representa uma importante base de dados para realizar a vigilância epidemiológica ativa e avaliar a assistência aos agravos desta doença, propondo meios preventivos e corretivos conta a mesma.



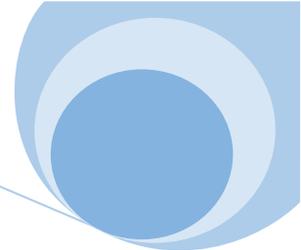
5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Meningite: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. Disponível em: <saude.gov.br/saude-de-a-z/meningites>. Acesso em: Maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 510, DE 7 DE ABRIL DE 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html> Acesso em: Maio 2019.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <datasus.saude.gov.br/datasus>. Acesso em: Maio 2019.

SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Disponível em: <portalsinan.saude.gov.br/>. Acesso em: Maio 2019.



Capítulo 33

PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Leiliane C de Aguiar, Ludmila O Gonçalves, Cinthia M dos Reis, Viviane O da Silva, Cleison B M Lima, Lauanne C Rodrigues, Maria das G da Silva Machado, Kelson L B de Albuquerque & Ana G S de Araujo

1. INTRODUÇÃO

O leite materno é um alimento que possui todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança até os seis meses de vida, não havendo, portanto, necessidade de complementar a alimentação do lactente até esse período. Além disso, contribui diretamente na redução da taxa de mortalidade infantil, pois ajuda a prevenir doenças como a diarreia e infecções respiratórias, que são as principais causas de morte em crianças menores de 5 anos (GIUGLIANI, 2000; MOUTINHO *et al.*, 2001; BRASIL, 2009).

A Organização Mundial de Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida e complementado até os 2 anos de idade ou mais (BRASIL, 2007). Mesmo com a recomendação e todos os benefícios que são proporcionados pelo leite materno, as taxas de aleitamento materno, em especial as de amamentação exclusiva, no Brasil, ainda estão bastante abaixo do que é recomendado (BRASIL, 2009).

O principal objetivo deste trabalho foi relatar as experiências que foram vivenciadas no projeto de extensão intitulado “Agosto Dourado”, realizado pelo setor de Educação em Saúde do Serviço Social do Comércio – Sesc, em Unidades Básicas de Saúde e Maternidades do município de Parnaíba-PI.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, que se constitui em um relato de experiência, vivenciado em um projeto de extensão sobre a importância da amamentação. O projeto



foi desenvolvido pelo Setor de Educação em Saúde da Empresa Sesc, durante o mês de agosto de 2018, mês destinado ao aleitamento materno pelo Ministério da Saúde. O público-alvo foram gestantes e puérperas atendidas em Unidades Básicas de Saúde e Maternidades localizadas no município de Parnaíba-Pi.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas rodas de conversas com gestantes e puérperas, abordando as dúvidas mais frequentes das mães em relação a prática da amamentação. Foram utilizados macromodelos das mamas e bonecos para representar de forma simples e didática a pega correta e as posições adequadas do bebê no momento da lactação.

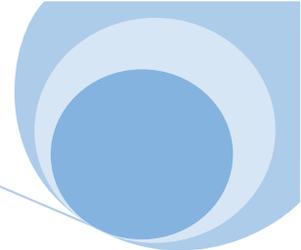
Ao longo do desenvolvimento do projeto foi possível perceber que apesar da realização de campanhas sobre o aleitamento materno e da facilidade de acesso a informações, muitas mulheres ainda apresentam bastantes dúvidas relacionadas a amamentação e não conhecem as inúmeras vantagens que essa prática pode proporcionar, principalmente, as mães mais jovens e as de primeira viagem.

Observou-se que algumas delas não sabiam identificar quando o bebê apresentava uma pega correta, e não conheciam os benefícios que amamentação proporcionava a mulher no pós-parto. Surgiram também dúvidas relacionadas ao cuidado com as mamas, a posição ideal no momento da amamentação, a frequência da oferta do leite materno, a existência de leite fraco, entre muitas outras questões.

4. CONCLUSÃO

O projeto Agosto Dourado mostrou a necessidade de se falar mais sobre a amamentação, pois ainda existem muitas dúvidas e tabus relacionados a essa prática.

Portanto, espera-se que mais atividades como essas de educação em saúde sejam realizadas para que informações corretas e oportunas sejam propagadas a população e beneficie assim, mães e bebês.



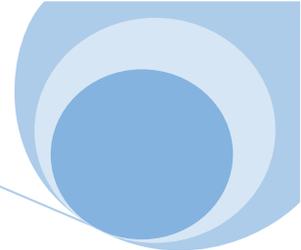
5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Álbum Seriado Promovendo o Aleitamento Materno, 2ª edição, revisada. Brasília, p. 18, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria*, v. 76, Supl. 3, p. 238-52, 2000.

MOUTINHO, K.; ROAZZI, A.; GOUVEIA, E. L. Amamentação e desmame precoce. *Pediatria Moderna*, v. 37, n. 8, p. 394-8, 2001.



Capítulo 34

DESAFIOS DOS GESTORES E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO DE LITERATURA CIENTÍFICA

Raissa de Santana, Francisca Tereza de Galiza & Nelciane de Sousa Fernandes

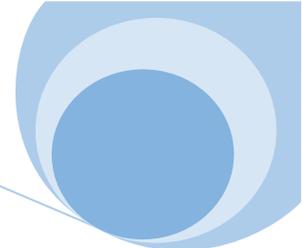
1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Lei 8.080, em 19 de setembro de 1990, também chamada de “Lei Orgânica da Saúde”, visando instituir os direitos anteriormente citados na Constituição Federal de 1988, garantindo a “saúde como direito de todos e dever do Estado” (REIS *et al.*, 2011). Posteriormente, foi criado o modelo de Atenção à Saúde no Brasil, organizado por níveis de atenção à saúde, visando um melhor atendimento à população. São divididos em: primário - constituem porta de entrada nos serviços de saúde e é voltado para prevenção de doenças; secundário - atendimentos especializados; e terciário - atendimento de alta complexidade (MATTA & MORISINI, 2009).

A Atenção Primária no Brasil, propõe que a atenção à saúde se centre na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações, e promover melhores resoluções (OLIVEIRA & PEREIRA, 2013).

Apesar dessas conquistas, a especialização do cuidado à saúde, a distância do sujeito nos processos de cuidado, os grandes impasses de ideias e modos de trabalhos entre os trabalhadores e gestores da saúde têm se configurado como uma grande tensão na construção do modelo de saúde sonhado gerando conflitos internos e, algumas vezes, induzem a diminuir o acesso dos usuários ao sistema (BATISTA & GONÇALVES, 2013).

Em virtude disso, o objetivo desse trabalho é realizar revisão da literatura científica quanto aos desafios de gestores e profissionais da Atenção Primária.



2. MÉTODO

O estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa. Esse método se baseia nas seguintes etapas: elaboração da hipótese, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados, apresentação da revisão integrativa (MENDES *et al.*, 2008).

Na busca dos artigos foram utilizadas as seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Pubmed) e Periódico CAPES.

Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (Decs): Gestor de Saúde, Profissionais de Saúde, Atenção Primária a Saúde, Valorização Profissional, Gestão, Relações Interprofissionais e Sistema Único de Saúde.

A coleta de dados dos artigos para a pesquisa se deu de forma não aleatória através da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Realizado entre os meses de janeiro e fevereiro de 2019. Os critérios de inclusão para a revisão integrativa foram: artigos com idiomas em português, inglês ou espanhol no período compreendido entre 2014 e 2018, trabalhos disponíveis na íntegra, originais, que abordasse a temática em questão. Foram usados como critérios de exclusão: os artigos de revisão bibliográfica; artigos repetidos, que não atendem a temática proposta.

A partir da combinação dos descritores foram obtidos 59 estudos. E após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram contemplados 15 artigos para o estudo.

A análise dos estudos foi realizada de modo dinâmico sendo avaliados de forma individual pelos pesquisadores, analisando criticamente e comparando seus resultados e principais aspectos metodológicos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi categorizado para melhor compreensão em: Condições de Trabalho, Reconhecimento Profissional e Processo de Trabalho.

A) *Condições de Trabalho*

As condições de trabalho dos profissionais da saúde devem ser consideradas prioridade no seu cotidiano, por isso esses precisam de espaço que lhes proporcionem



conforto, segurança, e garanta a confiabilidade da consulta dos usuários, pois é preciso de sigilo para executar consultas individualizadas.

No entanto, as pesquisas relatam uma precariedade das estruturas das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as dificuldades para executar as atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde. Em alguns trabalhos realizados por Martins *et al.* (2015), Lima *et al.* (2014), Viegas *et al.* (2015) e Tambasco *et al.* (2017) os profissionais queixam-se das dificuldades para realização das consultas devido essas fragilidades das infraestruturas da UBS.

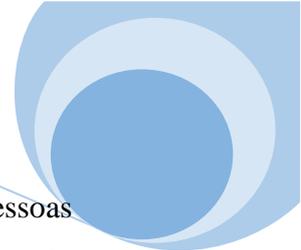
Macêdo (2017) corrobora com as pesquisas e acrescenta que além da precariedade das estruturas, as UBS não encontram consultórios suficientes para o atendimento concomitante das equipes, apresentam paredes mofadas, iluminação inadequada e infiltrações.

Essa queixa é comum não somente aos profissionais, mas também aos gestores de saúde. Nos trabalhos executados por Macêdo (2017), Martins *et al.* (2015) e Almeida e Santos (2016) os gestores concordam com os profissionais em relação a infraestrutura das UBS e as justificam com o subfinanciamento da Atenção Primária, contestando a falta de recursos financeiros suficientes para manter as equipes com salários sem atrasos, bem como as melhorias nos ambientes de trabalho. Outra justificativa citada pelos estudiosos foram os processos burocráticos, como licitações para a agilidade nos processos de reformas.

Todavia, não se trata apenas das estruturas físicas da UBS, as condições de trabalho vão muito além do espaço para atendimentos e realização de atividades coletivas de prevenção e promoção de saúde. Os profissionais expõem que faltam insumos para auxiliar no trabalho com a população (MARTINS *et al.*, 2015). Relatam a falta de materiais básicos, e os existentes de péssima qualidade e em quantidade insuficiente (MACEDO, 2016; COSTA *et al.*, 2014; LIMA *et al.*, 2014).

A falta de medicamentos essenciais dificulta o controle de doenças e continuidade de tratamentos, principalmente os pacientes crônicos que necessitam de acompanhamento mensal e de medicação vitalícia (LIMA *et al.*, 2015). Gestores por sua vez, culpam a insuficiência de medicamentos ao modelo tradicional de assistência, ainda vigente, e as demandas espontâneas que ocorre sem restrição das equipes, dificultando o controle da distribuição e compra dos medicamentos (MACEDO, 2016).

A escassez de transporte para a realização de visitas domiciliares e deslocamentos das equipes para as Unidade Básica de Saúde (UBS) foi outra



dificuldade citada pelos profissionais nos estudos, dificultando o tratamento de pessoas acamadas ou com dificuldade de deslocamento (LIMA *et al.*, 2015; VIEGAS *et al.*, 2015; SOUSA *et al.*, 2017). Foi pontuada por uma das gestoras, no entanto, mesmo dispondo da consciência do problema, não apresentou solução (MARTINS *et al.*, 2015).

Outro desafio citado pelos profissionais da saúde é a acessibilidade geográfica, vista como empecilhos para o atendimento da população. Muitas vezes as UBS ficam distantes das residências das pessoas, e que por esse motivo elas não conseguem deslocar-se para o atendimento, por deficiência de transporte público acessível, e dificuldade econômica (VIEGAS *et al.*, 2015). Enfatizam ainda a presença de morros e escadarias que aumentam a dificuldade do acesso (LIMA *et al.*, 2015; MACEDO, 2016).

No entanto, não somente os usuários apresentam dificuldades para comparecer as consultas, mas, os próprios profissionais relatam complicações no deslocamento até a UBS, justificando-se pela violência urbana.

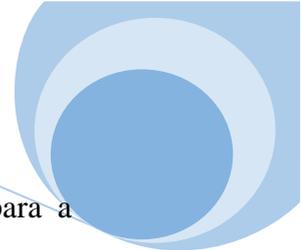
Segundo Justo *et al.* (2017) a violência foi um dos grandes agravos na comunidade em relação a falta de assistência pelos profissionais de saúde, principalmente em horário noturno. As UBS não funcionam a noite devido os bairros apresentarem altos índices de criminalidade, vendas de drogas e baixo policiamento, causando insegurança tanto nos profissionais que ali trabalham como nas famílias que precisam do atendimento.

Os gestores corroboram e explicam que devido às violências dos bairros os profissionais não cumprem a carga horária integralmente em 50 % dos casos, uma vez que precisam sair dos estabelecimentos de saúde antes do horário previsto com medo de assaltos ou agressões (MACEDO, 2016).

B) *Reconhecimento Profissional*

Em Lima *et al.* (2014) e Macedo *et al.* (2017) os profissionais evidenciaram a falta de valorização, reconhecimento por seus trabalhos e falta de incentivo para educação continuada. Ratificando com o estudo Viegas, Carmo e Luz (2015) sendo apontado como motivo de grande rotatividade de profissionais no município.

Contudo, os gestores discordam dos profissionais e atribuem essa rotatividade a falta de comprometimento dos mesmos com o serviço oferecido. Essa divergência de opiniões é observada também em Macedo *et al.* (2017) quando os gestores relatam que os planos de cargos e salários é o melhor do Brasil.



O reconhecimento é um elemento fundamental para a saúde mental e para a saudável relação do indivíduo consigo mesmo e com o outro. O indivíduo investe um grande esforço físico, psíquico e social no trabalho, e espera ser reconhecido, para se sentir útil e necessário, na organização e na sociedade. O problema surge quando seu esforço não é reconhecido, ou mesmo percebido pelas pessoas, principalmente pelas chefias, pois são elas que controlam a maioria dos instrumentos e formas de reconhecimento na organização (LORENTZ, 2012).

Diante disso, o diálogo torna-se dificultoso e conflituoso entre os profissionais e gestores, porque além dos desafios enfrentados com as condições precárias no trabalho e a falta de reconhecimento, cria-se um duelo de discussões entre eles e uma falta de consenso para as decisões que precisam ser enfrentadas durante o processo de trabalho como descritos na subcategoria seguinte.

C) Processo de Trabalho

Embora o novo modelo implantado pelo SUS tenha como principal objetivo facilitar o acesso aos atendimentos, promover saúde e prevenir doenças, ainda há grandes dificuldades em relação a esse novo modelo tanto por profissionais como pelos gestores, sendo discutido a seguir sobre as principais dificuldades encontradas por eles no processo de trabalho.

Identificou-se que o acesso aos serviços de saúde é uma das principais dificuldades encontradas pelos profissionais e precisam ser enfrentadas pelos serviços de saúde (LIMA *et al.*, 2015; BATISTA *et al.*, 2016; JUSTO *et al.*, 2017; SOUSA, 2017). Em contradição de alguns estudos que por sua vez, avaliam o acesso as UBS de forma positiva pelos profissionais (ALMEIDA & SANTOS, 2015; MACEDO, 2016).

A justificativa do precário acesso a UBS é relacionada às poucas vagas existentes para o atendimento, afirmando uma necessidade de implementação de estratégias para otimizar o serviço de qualidade (JUSTO *et al.*, 2017).

Os gestores concordam e afirmam que muitas vezes o usuário nem utiliza a atenção primária como porta de entrada, vão diretamente para o setor secundário dificultando mais ainda o acompanhamento familiar pelos profissionais (ALMEIDA & TANAKA, 2016). Em Lima *et al.* (2015) atribuem a situação socioeconômica e os determinantes sociais como um dos fatores a falta de acesso.

Pinto *et al.* (2017) corrobora e afirma que os determinantes sociais é a principal barreira no atendimento as famílias, e influenciadores no desenvolvimento de doenças



crônicas. Devido à disposição a violências e a dificuldade financeira, a população desenvolve com maior facilidade doenças psicológicas e cardiovasculares.

Porém, há uma fragilidade dos serviços em relação à integração com a comunidade, os profissionais não têm um devido conhecimento das necessidades da população assistida, do diagnóstico situacional de saúde e do contato direto com as famílias (BATISTA *et al.*, 2016).

A falta de entendimento dos gestores e profissionais em atuar na Atenção Primária, e em especial na Estratégia Saúde da Família, favorece as dificuldades de acesso, descentralização do serviço e descaracterização do novo modelo proposto (COSTA *et al.*, 2014; LIMA *et al.*, 2014; MACEDO, 2016).

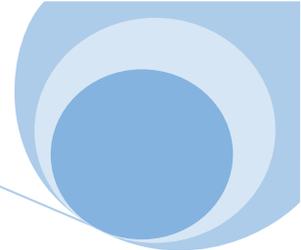
Em outros estudos, uma das maiores dificuldades no processo de cuidado pelos profissionais é a referência e contrarreferência tanto entre os profissionais da Atenção Primária como para níveis secundários e terciários de atenção (COSTA *et al.*, 2014; VIEGAS *et al.*, 2015; MARTINS *et al.*, 2015; MACEDO, 2016; ALMEIDA & SANTOS, 2016).

Em relação ao trabalho em equipe, há divergências encontradas nos estudos, há os que consideram satisfatória (MARTINS *et al.*, 2015), e os que apresentam dificuldades com a equipe e no desenvolvimento do trabalho (LIMA *et al.*, 2014; MATUDA *et al.*, 2015; SHIMIZU & FRAGELI, 2016;).

Dentre os desafios na interação entre os profissionais, estão a comodidade de alguns colegas em assistir o trabalho do outro sem qualquer envolvimento, a falta de compreensão em realizar trabalhos compartilhados, a falta de entendimento em relação aos matriciamentos, classificando inclusive como “perda de tempo”, interferindo no cuidado ampliado aos usuários e no trabalho de outros colegas e a adequação das agendas das equipes de saúde com o NASF (MATUDA *et al.*, 2015).

Complementando as dificuldades expostas, há déficits nas ações intersetoriais, realização de treinamentos, capacitações entre equipes e articulação política com os Conselhos de Saúde (SHIMIZU & FRAGELI, 2016).

Há um embate entre os desafios dos gestores e profissionais de saúde da Atenção Primária, são descritos como precariedades das condições de trabalho, reconhecimento profissional e processo de trabalho. Segundo Viegas *et al.* (2015) há uma relação de pouca confiança entre os gestores e profissionais, que interfere na qualidade e integralidade do acesso ao sistema.

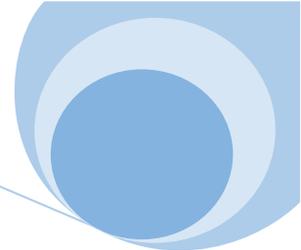


4. CONCLUSÃO

Portanto, os principais desafios encontrados pelos estudos revisados, que tratam dos desafios contemporâneos para implementação do SUS na perspectiva do gestor e do profissional na Atenção Primária foram: a precariedade da infraestrutura das UBS, a violência encontrada nos territórios de abrangência dos profissionais, escassez de materiais básicos de trabalho, medicamento, a acessibilidade geográfica das UBS, despreparo de gestores e profissionais para atuar na atenção primária e com o novo modelo de assistência, problemas de relações entre as equipes e entre profissionais e gestores.

A pesquisa possibilitou, ainda, um olhar mais ampliado sobre a visão do gestor e dos profissionais e o trabalho na Atenção Primária, fazendo uma correlação das opiniões e divergências deles, frente as suas realidades e contextos.

Sugere-se ampliar mais o foco e buscar realizar mais pesquisas nesse campo e, conseqüentemente, buscar alternativas e soluções para os problemas encontrados no processo de trabalho do SUS, dentro da Atenção Primária.



5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F; SANTOS, A. M. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? Revista de Saúde Pública, v. 50, n. 80, p. 1-13, 2016.

ALMEIDA, C. A. L; TANAKA, O. Y. Evaluation in health: participatory methodology and involvement of municipal managers. Revista de Saúde Pública, v. 50, n. 45, p. 1-10, 2016.

BATISTA, V. C. L *et al.* Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. SANARE, v. 15, n. 2, p. 87-93, 2016.

BATISTA, K. B. C; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. Saúde e Sociedade, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

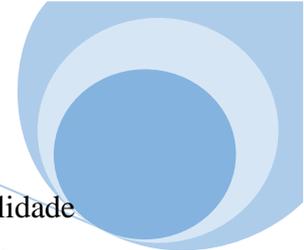
COSTA, J. P. *et al.* Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e redes de serviços. Saúde em Debate, v. 38, n. 103, p. 733-743, 2014.

JUSTO, C. M *et al.* Acessibilidade em unidade básica de saúde: a visão de usuários e profissionais. Revista de Saúde Coletiva da UEFS, v. 7, n. 1, p. 16-23, 2017.

LIMA, L de. *et al.* Satisfação e Insatisfação de profissionais de saúde da atenção básica. Escola Anna Nery, v. 18, n. 1, p. 17-24, 2014.

LIMA, S. A. V. *et al.* Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 25, n. 2, p. 635-656, 2015.

MATUDA, C. G. *et al.* Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. Ciências e Saúde Coletiva, v. 28, n. 8, p. 2511-2520, 2015.



MACEDO, D. F de. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: Análise da Qualidade dos Serviços em Maceió (AL). Maceió: PROFIAP, 2016. 130 p. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/5808>. Acesso em: 20 de janeiro de 2019.

MARTINS, T. F. *et al.* Percepção dos profissionais sobre a Estratégia Saúde da Família em um município do interior do Ceará. *Revista Brasileira de Promoção a Saúde*, v. 28, n.4, p. 596-605, 2015.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária a Saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 02 de junho de 2018.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R.C de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências Na Saúde e na Enfermagem. *Texto e Contexto*. v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos Essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, n. 66 (esp), p.158-164, 2013.

PINTO, A. G. A *et al.* Vivências na Estratégia Saúde da Família: demandas e vulnerabilidades no território. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, n. 5, p. 920-927, 2017.

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C de.; CECÍLIO, L. C. de O. Políticas Públicas de Saúde: Sistema Único de Saúde. UNASUS, São Paulo, 2011. Disponível em https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf. Acesso em: 02 de junho de 2018.

SOUSA, J. M. *et al.* Precarização dos serviços de saúde e suas implicações no processo de trabalho em saúde na atenção primária a saúde em Fortaleza. In: *Jornada Internacional de Políticas Públicas*, VIII, 2017, São Luis-MA. Um século de reforma e revolução. Maranhão: Universidade Federal do Maranhão, 2017. Pag 1-12. Disponível

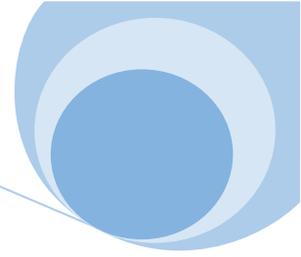


em:<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo14/precarizacaodosservicosdesaudeesuasimplicacoesnoprocessodetrabalhoemsaudenaatencaopr.pdf>. Acesso em: 20 de janeiro de 2019.

SHIMIZU, H. E; FRAGELLI, T. B. O. Competências Profissionais Essenciais para o Trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 40, n. 2, p. 216-225, 2016.

TAMBASCO, L. P.. *et al.* A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária a Saúde. *Saúde em Debate*, v. 41, n. especial, p. 140-151, 2017.

VIEGAS, A. P. B; CARMO, R. F; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 1, p. 100-112, 2015.



Capítulo 35

SÍNDROME DE DOWN: DIFICULDADES ENCONTRADAS PELO BINÔMIO MÃE/FILHO DENTRO DO CONTEXTO SOCIAL

Tátila Dalila de Sousa Silva & Evaldo Sales Leal

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome de Down (SD) é uma anomalia genética caracterizada pela presença de alterações no par do cromossomo 21 (DE ÁVILA *et al.*, 2011). Esta síndrome é considerada a principal causa de retardo mental em recém-nascidos, podendo apresentar-se de três formas: trissomia simples, mosaico e translocação (TEMPESKI *et al.*, 2011).

É perceptível que as crianças portadoras da SD enfrentam muitas dificuldades dentro da sociedade, e que a mãe também está sujeita a passar por elas. Diante disso, cabe-nos questionar: Quais as dificuldades encontradas pela mãe e o filho portador de Síndrome de Down dentro da sociedade?

O presente estudo apresentou como objetivo, conhecer as dificuldades enfrentadas pelo binômio mãe/filho frente à Síndrome de Down no contexto social.

2. MÉTODO

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa de campo de caráter qualitativo e explicativo.

Os dados desta pesquisa foram coletados na Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), após emissão da Declaração de Autorização da Instituição Co-Participante do município de Piripiri – Piauí. O número proposto inicialmente de entrevistados que seria de 15 participantes se reduziu a 11 após degravação, análise e saturação dos dados.



Os dados foram coletados por meio de entrevistas que foram realizadas diretamente ao público alvo (mãe, familiares e/ou cuidadores e responsáveis pelo paciente portador de SD). Para isso, foi elaborado um formulário próprio e estruturado designado exclusivamente para tal fim. A entrevista foi gravada por meio eletrônico, sendo os dados subjetivos reprocessados posteriormente para o formulário, garantindo mais rapidez e eficácia na coleta de dados durante a realização da entrevista.

Ressalta-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santo Agostinho sobre o número CAAE nº 64631016.6.0000.5602 e sob o parecer número 1.976.841. Cabe salientar ainda que o formulário foi aplicado apenas após a submissão e aprovação da Plataforma Brasil e autorização da instituição onde se desenvolveu a pesquisa, bem como consentimento das partes envolvidas.

A amostra desse estudo foi composta pela mãe ou pessoa física responsável pelo paciente portador de SD, sendo estes frequentadores de forma ativa da APAE do município de Piripiri – PI. Além deste, foram incluídos na amostra apenas aqueles que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Ressalta-se que a presente pesquisa seguiu todos os princípios éticos legais - expostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), assegurando assim que não ocorresse exposição inadequada dos dados coletados, bem como dos participantes da mesma.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sabe-se que não só o portador de SD como também os demais portadores de outras deficiências enfrentam diversas dificuldades diariamente no contexto social, sejam estas relacionadas à educação, saúde, ou preconceito social (SOUZA, 2011). Diante dessa perspectiva, elencou-se as principais dificuldades encontradas pelo binômio mãe/filho com base nos dados coletados.

Constatou-se que a maioria das dificuldades apontadas pelos entrevistados encontra-se no setor educacional, sendo que a maioria dos participantes envolvidos apontou esta como a maior dificuldade já encontrada, como destacam as falas a seguir:

Ano passado foi pra tirar as crianças maiores da escola, eu lutei pra colocar ele na escola e a diretora não aceitou, disse que lá não tinha lugar pra ele, não



ia disponibilizar uma professora pra dar aula só pra ele, por isso lá não tinha lugar pra ele. (Participante 1).

Por enquanto não encontrei muitas dificuldades, a única que eu posso falar foi quando fui matricular ela em duas escolas particular onde senti uma dificuldade, pois colocaram dificuldades pra aceitarem ela lá quando falei que ela tinha Síndrome de Down. (Participante 2).

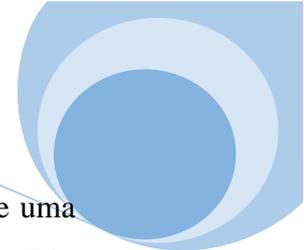
A educação inclusiva tem por objetivo defender os direitos de todos os alunos conviverem juntos em escolas normais de ensino, aprendendo e compartilhando experiências entre si, tornando a sociedade menos preconceituosa e mais sólida. No entanto, sabe-se que ainda existem muitos entraves quando o assunto referido é educação inclusiva (SOUSA, 2014).

Observou-se que a inclusão escolar não ocorreu somente no primeiro ano em que o portador de SD foi inserido no ensino regular, mas em cada ano que os mesmos mudam de classe ou escola. A mudança dos professores e o convívio com outros alunos faz com que o processo de inclusão se reinicie a cada ano.

Diante disso, Luíz *et al.* (2012) salientam que essa situação nos leva a refletir que todo o corpo profissional que compõe o ambiente escolar deve ser estimulado de forma geral a trabalhar com alunos que possuem necessidades especiais, pois dessa forma a presença do portador de SD não seria mais uma novidade para os educadores bem como demais colegas de classe, podendo assim os dois últimos sabendo lidar com a presença do primeiro, deixando para trás a possibilidade da família e do portador de SD enfrentar anualmente esse processo de inclusão.

O fato do despreparo da escola, bem como dos profissionais envolvidos no contexto da mesma, dificulta em muito o processo de inclusão desses portadores no ensino regular, sendo que por vezes o mesmo é inserido de forma inadequada, sendo visto como um grande obstáculo a ser enfrentado pelo professor, o relato a seguir nos faz refletir sobre essa falta de preparo profissional com relação ao processo de inclusão escolar:

Até agora só encontrei dificuldades na educação, em termo do ensino regular, porque eu não entendo essa inclusão quando eu chego na sala de aula e vejo o meu filho lá no cantinho, quando você entra na escola e vai botar seu filho na filinha você ver o tamanho da cara da professora (...) Aí pra que existe essa inclusão? Pra ela existir eles deveriam primeiro qualificar a escola e os professores, pra gente não se sentir mal. (Participante 3).



Apenas um dos participantes envolvidos salientou ter passado por mais de uma dificuldade juntamente ao filho, sendo elas na saúde e na educação, como destaca a fala a seguir:

Primeiramente foi na saúde, porque ela apresentou muitos problemas de saúde e tivemos que correr atrás de atendimento. E já teve alguns postinhos que não quiseram atender ela. E quando foi pra começar a ela ir pra escola pela primeira vez, colocaram muitas dificuldades pra não aceitarem ela. (Participante 4).

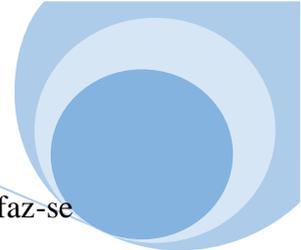
Em alusão ao contexto saúde, sabe-se que a SD pode acarretar em seu portador inúmeras alterações, dentre elas encontram-se as cardiopatias (VASCONCELOS *et al.*, 2015). No que concerne a seguinte patologia, notou-se que dentre os participantes, a minoria desenvolveram a mesma, sendo que um dos portadores já conseguiu reverter o quadro clínico por meio de procedimento cirúrgico ainda durante os seis primeiros meses de vida; enquanto que um segundo caso encontra-se em terapia medicamentosa e ainda gerando medo, dúvidas e anseios devido à realização ou não do procedimento cirúrgico, como expresso a seguir quando questionado se a mãe já enfrentou alguma dificuldade no contexto social com o filho:

Só na saúde, por causa do problema de coração dela, porque ela está tomando uns remédios e ainda não sabemos se vai ser preciso ela se operar ou não do coração, aí estou com medo da cirurgia (Participante 5).

Dentre os participantes, apenas um verbalizou que a maior dificuldade já enfrentada no contexto social juntamente ao filho portador de SD estava relacionada com o preconceito da sociedade, enquanto outro relatou estar associado a outras questões como é o caso expresso a seguir, onde a maior preocupação da mãe foi na formação de sua filha, ou seja, na mudança da fase de criança para a puberdade:

As dificuldades maiores que eu tive foi quando ela tava se formando, quando chegou as influências e eu fiquei aperrriada, aí comecei a ir atrás e graças à Deus ela se comportou e eu fiquei tranquila. (Participante 6).

Sabe-se que o período da adolescência é o período que compreende a passagem da infância para a idade adulta. Esse período não deve, portanto, ser subestimado, tendo em vista que não é considerado apenas uma mera passagem, pois convoca o sujeito em si a enfrentar novos desafios e descobertas até então desconhecidos pelo mesmo (ZACHELLO *et al.*, 2015).



Em se tratando do processo de desenvolvimento do portador de SD, faz-se necessário que os pais compreendam esse processo, bem como as mudanças e demais alterações que esse processo carrega consigo, uma vez que nem sempre a família estará por perto para auxiliá-los, sendo então, essencial a garantia da sua autonomia (SAMPAIO, 2012).

Na opinião de Zachello *et al.* (2015), a adolescência dos portadores de SD torna-se problemática pois essa passagem de período carrega consigo tarefas árduas, uma vez que além do posicionamento dessa classe frente às condições de aprisionamento recorrentes do dano orgânico, também enfrentam as mesmas dificuldades e conflitos psíquicos dos demais jovens de sua idade.

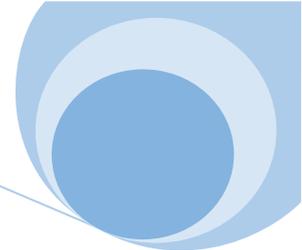
Dentre os participantes somente um informou que nunca passou nenhuma dificuldade até a presente coleta de dados, pelo fato do seu filho portador de SD ainda apresentar pouca idade. No entanto, constatou-se que outros participantes cujos filhos também possuíam a mesma idade ou menores, já enfrentaram algumas dificuldades no contexto social.

4. CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise sobre as principais dificuldades encontradas pelo binômio mãe/filho portador de SD no contexto social.

O questionado por meio das perguntas abertas e fechadas deixou evidente que o binômio mãe/filho portador de SD ainda enfrentam muitas dificuldades no contexto social. Notou-se que, dentre essas, a maioria encontra-se relacionada ao setor educacional, no que concerne a questão da educação inclusiva.

Contudo, ainda ficou evidenciado que o binômio ainda perpassa por dificuldades como a questão do preconceito da sociedade pelo fato de serem considerados diferentes dos habitualmente denominados e considerados normais pela sociedade. Além do mais, o medo, dúvidas e anseios sobre o desenvolvimento dos filhos e as questões relacionadas com a saúde dos mesmos ainda puderam ser identificadas como dificuldades no desenvolver do estudo.



5. REFERÊNCIAS

DE ÁVILA, D. C. C.; BOM, F. S. P.; JUSCHAKS, L. M.; *et al.* Avaliação da marcha em ambiente terrestre em indivíduos com síndrome de Down. *Fisioterapia em Movimento*, v. 24, n. 4, p. 737-743, 2011.

LUÍZ, F. M. R. *et al.* Inclusão de Crianças com Síndrome de Down. *Psicologia em Estudo*, v. 17, n. 4, p. 649-658, 2012.

SAMPAIO, A. M. A Síndrome de Down no contexto familiar e social. *Revista Eventos Pedagógicos*, v. 3, n. 1, p. 276-286, 2012.

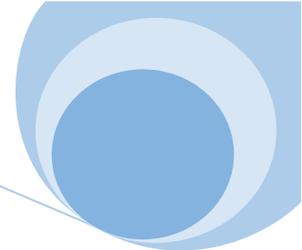
SOUSA, A. M. S. Química da Inclusão: os desafios dos professores e dificuldades de pessoas com necessidades especiais da cidade de Patos-PB. 2014, f. 107. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura Plena em Química Exatas). Universidade Estadual da Paraíba. Patos, 2014.

SOUZA, A. M. O. A inclusão de pessoas com necessidades educacionais especiais no ensino profissional. 2011, f. 45. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Desenvolvimento Humano, Educação e Inclusão Escolar). Universidade de Brasília. Brasília, 2011.

TEMPESKI, P. Z. *et al.* Protocolo de cuidado à saúde da pessoa com síndrome de Down - IMREA/HCFMUSF. *Revista Acta Fisiátrica.*, v. 18, n. 9, p. 175-186, 2011.

VASCONCELOS, A. C. C. G. *et al.* Avaliação das informações sobre Síndrome de Down na Internet brasileira. *Journal of Health Informatics*, v. 7, n. 3, p. 88-93, 2015.

ZACHELLO, C.; PAUL, F. M.; GURSKI, R. Adolescência e Síndrome de Down na Tela. *Estilos da Clínica*, v. 20, n. 3, p. 459-474, 2015.



Capítulo 36

CONTRIBUIÇÕES DA FORMAÇÃO DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM NO MARANHÃO

Thaís S dos Reis, Carlos E O Lula, Dayana D de O C, Emmanuele de J B S Alves, Isana B de Oliveira, Jaciane S Jacinto, Luiza S A C Carvalho, Matheus G M Brito, Maria de L Carvalho & Mariana P A Santos

1. INTRODUÇÃO

O Maranhão é um estado brasileiro com o menor grau de urbanização, sendo o vigésimo sexto Estado do ranking nacional com o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (0,683) e está entre os dez colocados em relação à população total e o quarto em relação à população rural, abrigando 7,39% da população rural do país. Embora tenha aumentado muito o grau de urbanização no Estado nos últimos 20 anos, os resultados preliminares do Censo 2010 mostram que continua muito inferior à média nacional (BRASIL, 2010).

O Estado do Maranhão é dividido, administrativamente, em 19 regiões de saúde (MARANHÃO, 2011). A Escola Técnica do Sistema Único de Saúde do Maranhão, ofertou o curso técnico em enfermagem para 9 regionais de saúde, sendo que 14 municípios que pertencem a essas regionais de saúde e foram contemplados com o curso.

A saúde exige a realização de cursos de capacitação técnica para profissionais de média e alta complexidade. A formação do profissional técnico como parte da equipe de enfermagem desempenha um papel importante na redução dos danos à saúde.

Este estudo tem como objetivo demonstrar as contribuições deste treinamento para a assistência de enfermagem no Estado do Maranhão. É um relato da experiência entre os anos de 2010 e 2017. Veja as figuras 1 e 2.

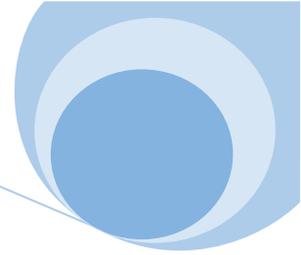
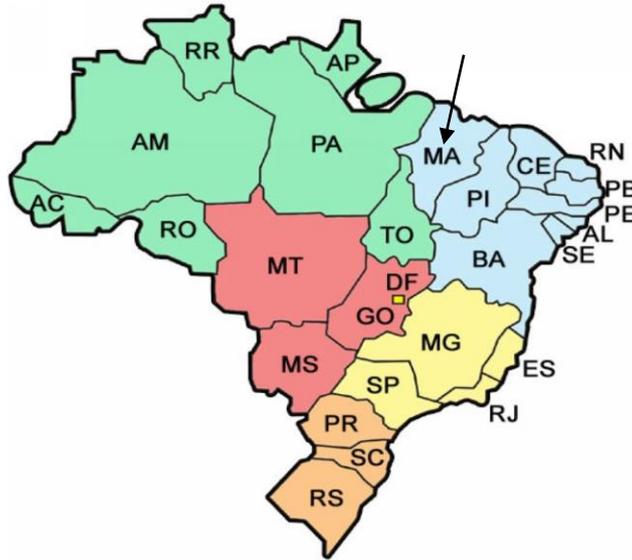
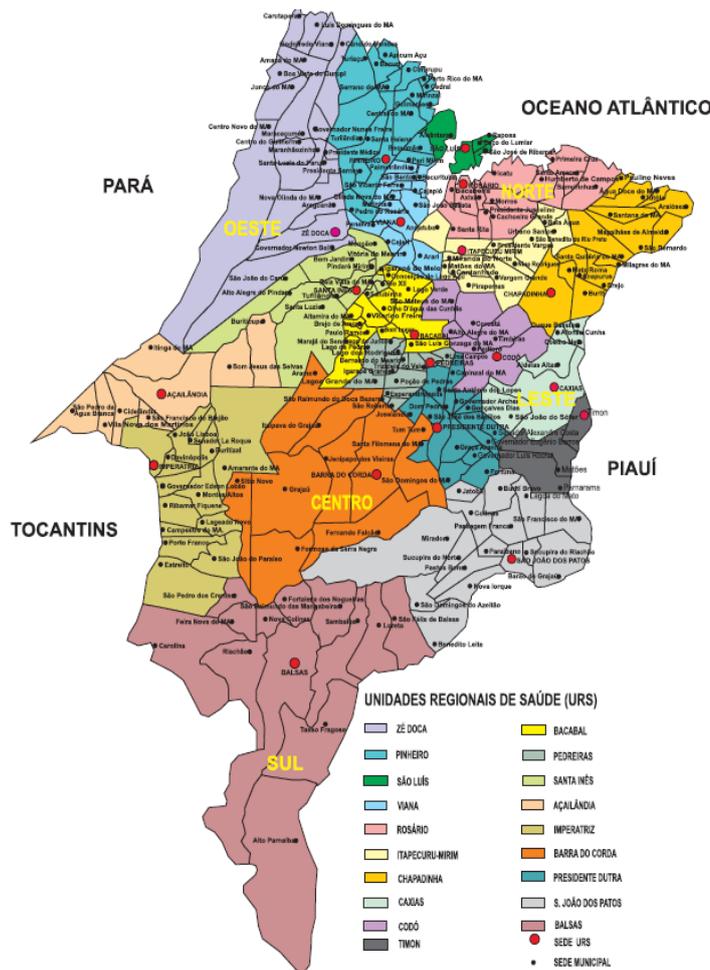


Figura 1. Localização do Estado do Maranhão no mapa do Brasil

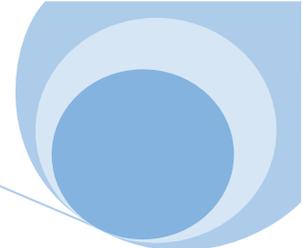


Fonte: Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2009

Figura 2. Mapa das Regionais de saúde do Maranhão



Fonte: Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2009.



2. RELATO DE EXPERIÊNCIA

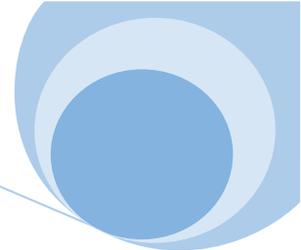
A saúde funda um importante setor no mercado de trabalho do país, bem como os demais serviços de uso grupal, a saúde tem uma ligação a um grupo de determinantes políticos e econômicos que passam pelo mercado de trabalho em geral (BARBOSA *et al.*, 2011).

A Formação Profissional em Saúde apresenta necessidade permanente de avanço de uma abordagem contextualizada, crítica e transformadora. Ao longo do tempo, tem se rompido com práticas educativas tecnicistas em prol da abordagem técnica e social mais abrangente, permitindo avanços da formação profissional na perspectiva do desenvolvimento de trabalhadores aptos aos diferentes processos de trabalho e ao modelo de atenção vigente (BARBOSA *et al.*, 2011).

O curso teve carga horária de 1.440 horas, das quais 1130 horas de atividades de concentração e dispersão, caracterizadas como momentos de reflexão e teorização da prática profissional, 240 horas de supervisão estágio e 70 horas de seminário, momento em que o aluno aplicou o conhecimento teórico aprendido em situações reais de trabalho, assistido e orientado pelo tutor (Quadro 1).

Quadro 1. Regionais e Municípios do Maranhão que tiveram o curso técnico em enfermagem

REGIONAL	MUNICÍPIO	TURMAS
BACABAL	BACABAL	1
BALSAS	BALSAS	1
CAXIAS	BURITI	1
CHAPADINHA	CHAPADINHA MATA ROMA	1
CODÓ	COROATÁ CODÓ	3
PEDREIRAS	ESPERANTINOPOLIS LAGO DA PEDRA	3
PINHEIRO	CURURUPU	1
PRESIDENTE DUTRA	JOSELÂNDIA TUNTUM	3
SÃO JOÃO DOS PATOS	SÃO JOÃO DOS PATOS	1
SÃO LUIS	SÃO LUIS	5
TOTAL	14	20



3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

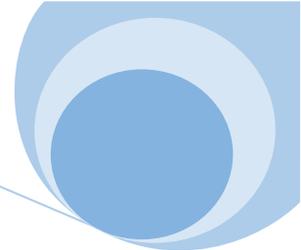
Durante o período do estudo, 20 turmas foram executadas em 14 municípios do Estado. Até o final de 2017, todas as classes foram concluídas, com um total de 483 graduados.

A importância do curso nos municípios deveu-se à necessidade de os profissionais de saúde trabalharem em conjunto com o Sistema Único de Saúde de forma participativa. O curso contribuiu para o desenvolvimento de profissionais de saúde capazes de conhecer e intervir nos problemas e situações de saúde e doença do ser humano, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, colaborando para melhorar os serviços oferecidos à população.

Acredita-se que a formação pode ter contribuído para o desenvolvimento de competências profissionais necessárias para a promoção da atenção à saúde, respondendo às reais necessidades da população. Destaque, para a ação do método problematizador, estimulando os alunos a refletir e desenvolverem meios criativos para a transformação do seu processo de trabalho.

4. CONCLUSÃO

Destaca-se que, por meio das experiências mostradas, foi perceptível o processo de transformação das práticas na atenção à saúde e na formação de profissionais capazes de reconhecer o território como um dispositivo capaz de melhorar as vivências e de pôr em prática aquilo que foi trabalhado em sala de aula. Verificou-se que a formação técnica obteve um resultado satisfatório, com baixa evasão e grande interesse dos alunos nos temas abordados o que contribui diretamente para a melhora na qualidade do atendimento e melhora na qualidade da humanização em saúde no Estado do Maranhão.

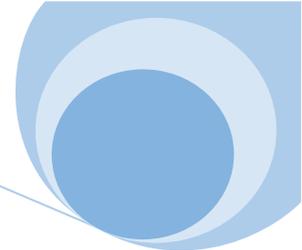


5. REFERÊNCIAS

BARBOSA, T. L. De A. *et al.* Expectativas e percepções dos estudantes do curso técnico em enfermagem com relação ao mercado de trabalho. *Texto Contexto - Enfermagem*, v. 20, p. 45-51, 2011.

BRASIL, IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. RANKING 2010. Brasília. 2010. Acesso em 20 de maio de 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/pesquisa/37/30255?tipo=ranking>

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. São Luis/ MA. 2011. Disponível em: http://www.mpma.mp.br/arquivos/cocom/arquivos/resolucao_cibma_44_2011.pdf. Acesso em 16/05/2019.



Capítulo 37

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE MENINGITE NO PERÍODO DE 2015 A 2018 NO MUNICÍPIO DE TERESINA-PI

Natalia de S Cabral, Nithelly O Cabral, Amanda A M de Carvalho, Maria A F da Silva, Iasmim M Lima, Josiane da S Oliveira, Maria F de S O Cabral, Ana R N Lima, Mônica N de Lima, Rayane M Brito, Maria J da Silva, Francisca T P de Souza, Francisca C de Sousa, Laima A M de Araújo, Danielle P da Silva, Larissa da S Landim, Márcio A de Almeida, Murilo R P Junior, Valéria G de Lucena, Tainá A Rocha, Paula H de F Carolino, Nara M P Leal, Francisco O da S Martins & Maria A de S Ramos

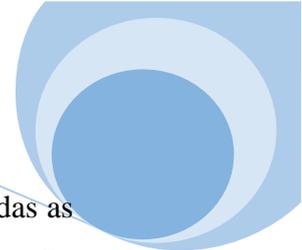
1. INTRODUÇÃO

A Meningite é uma patologia pertencente a um grupo de doenças infectocontagiosas que pode ser contraída independentemente da idade, porém crianças menores de 5 anos são mais suscetíveis (COSTA *et al.*, 2017). Os principais agentes infecciosos são vírus, bactérias, protozoários, helmintos, fungos e espiroquetas (FRASSON *et al.*, 2014). É caracterizada como uma doença que produz inflamação do espaço subaracnóideo das membranas que revestem o encéfalo, a medula espinhal e, de modo específico, a aracnoidemáter e pia-máter (COSTA *et al.*, 2017).

A transmissão se dá através do contato de pessoa com pessoa, por gotículas, no contato direto com as secreções respiratórias do indivíduo contaminado. O quadro clínico se caracteriza pelo aparecimento de sintomas iniciais como náuseas, rigidez nuchal e cefaleia constante e intensa (FRASSON *et al.*, 2014). A pesquisa teve como objetivo analisar a prevalência das ocorrências de casos de meningite no município de Teresina – PI.

2. MÉTODO

Tratou-se de um estudo documental, com abordagem quantitativa/retrospectiva de dados secundários. A referida pesquisa foi realizada através de dados de domínio público, retirados do DATASUS/SINAN e abrangeu todos os casos registrados no



município de Teresina – PI, no período de 2015 a 2018. Foram coletadas e analisadas as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, raça, zona de residência e evolução dos casos. Os dados foram coletados e organizados em planilha eletrônica do Microsoft Excel 2010, analisados através de frequência simples e absoluta, e através de porcentagem na base 100.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Tabela 1, os resultados mostraram que no período do estudo, os casos de meningite foram prevalentes em pacientes do sexo masculino, com 387 casos (60,94%).

Tabela 1. Casos confirmados de meningite conforme o sexo, Teresina – PI, 2015 a 2018

SEXO	NÚMERO	%
Masculino	387	60,94%
Feminino	248	39,05%
TOTAL	635	100%

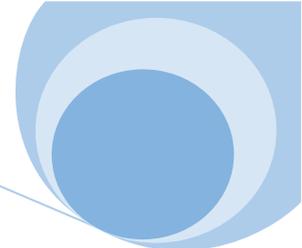
Fonte: SINAN Net.

A Tabela 2 mostra os resultados referentes à variável Faixa etária, onde o maior número de casos ocorreu em pessoas com idades entre 20 a 39 anos, com 193 casos (30,39%).

Tabela 2. Casos confirmados de meningite, segundo a faixa etária, Teresina – PI, 2015 a 2019

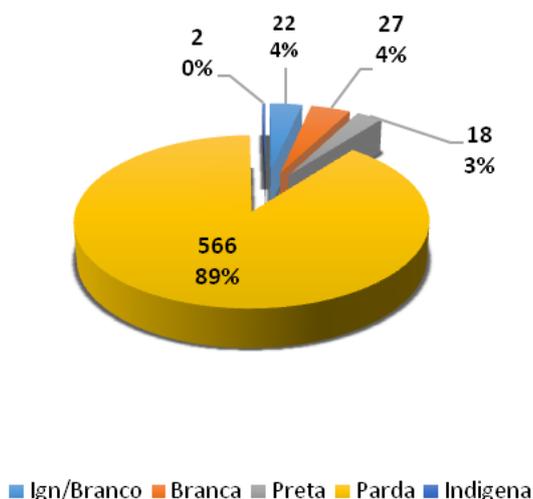
FAIXA ETÁRIA	NÚMERO	%
< 1 ano	50	7,87%
1 a 4	64	10,07%
5 a 9	65	10,23%
10 a 14	59	9,29%
15 a 19	42	6,61%
20 a 39	193	30,39%
40 a 59	120	18,89%
60 a 64	14	2,20%
65 a 69	12	1,88%
70 a 79	11	1,73%
80 e +	5	0,78%
TOTAL	635	100%

Fonte: SINAN Net.



O Gráfico 1 mostra os resultados referentes à variável raça, onde o maior número de casos ocorreu em indivíduos da raça parda, com 566 casos (89%).

Gráfico 1. Casos confirmados de meningite, de acordo com a raça, Teresina – PI, 2015-2019



Fonte: SINAN Net.

A Tabela 3 mostra os resultados referentes à variável zona de residência, onde o maior número de casos ocorreu em indivíduos que residem na zona urbana, com 485 casos (76,37%).

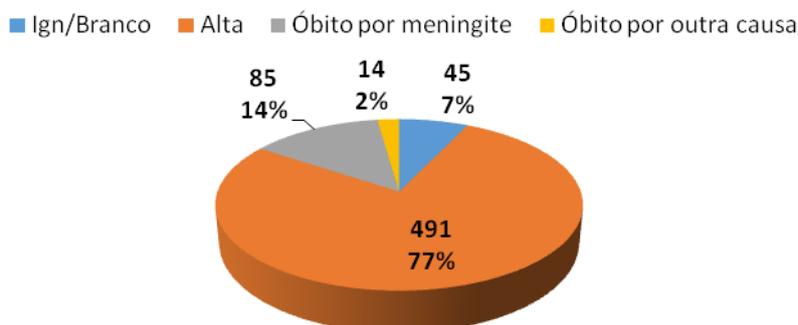
Tabela 3. Casos confirmados de meningite, conforme a zona de residência, Teresina – PI, 2015 a 2018

Zona de Residência	Número	%
Ign/Branco	16	2,51%
Urbana	485	76,37%
Rural	134	21,10%
Total	635	100%

Fonte: SINAN Net.

O Gráfico 2 mostra os resultados referentes à variável evolução dos casos, onde o maior número de casos ocorreu em indivíduos que tiveram evolução para alta hospitalar, com 491 casos (77%).

Gráfico 2. Casos confirmados de meningite, segundo a evolução dos casos, Teresina – PI, 2015 a 2018



Fonte: SINAN Net.

Nesse estudo, identificamos que os homens foram os mais afetados pela doença, contribuindo com aproximadamente 60% dos casos, contrariando resultados de outro estudo, em que foi certificado a maior prevalência de meningites no sexo feminino (GONÇALVES *et al.*, 2018). Outra pesquisa mostrou uma prevalência em pacientes do sexo masculino, corroborando com os tais achados (ALVARENGA; ALMEIDA & REIMER, 2013).

Dos casos diagnosticados, os adultos com idades entre 20 a 39 anos são os mais afetados pela meningite, porém as faixas etárias mais atingidas mudam constantemente. Segundo Frasson *et al.* (2014), os casos de meningite variaram entre 0 a 19 anos, discordando dos resultados encontrados. Outro estudo que também discorda dos achados, evidenciou uma maior incidência em crianças de 1 a 9 anos (GONÇALVES *et al.*, 2018). A meningite é endêmica com predominância de surtos de forma aleatória. Pode aparecer em qualquer faixa etária, encontrando-se mais preeminente em crianças menores de 5 anos de idade, existindo os maiores coeficientes de ocorrência apontado em lactantes logo no primeiro ano de vida. Nos surtos espalhados e epidemias, encontra-se uma mudança na faixa etária afetada, tendo uma maior ocorrência em adolescentes e adultos jovens (CAVALCANTE *et al.*, 2018).

Quanto a variável cor/raça, a grande maioria acometida pela doença são indivíduos que se consideram pardos, representando 89% dos casos. Outro estudo, em contraposição a esse resultado demonstra que 43,5% dos casos correspondem a pacientes da raça branca (BALDISSERA; DAZZI & ZATTI, 2014).

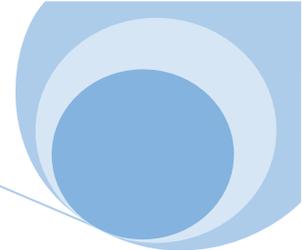


Em relação à zona de residência, a Tabela 3 evidenciou que o maior número de casos ocorreu na zona urbana, coincidindo com outros estudos. A zona residente é um local oportuno, onde insinua que há desenvolvimento de epidemias (MAGALHAES & SANTOS, 2018).

Referente ao desfecho clínico dos casos, 77% dos pacientes evoluíram com alta médica. Em concordância a outros estudos, verificou-se que 68% dos casos evoluíram com melhora no quadro clínico, resultando em alta hospitalar (MASCARENHAS-BATISTA *et al.*, 2013). Contrariando os dados encontrados, em outra pesquisa, 79,88% dos casos evoluíram para a cura (BALDISSERA; DAZZI & ZATTI, 2014).

4. CONCLUSÃO

Pelo presente estudo, pôde-se concluir que a prevalência das ocorrências de casos de meningite no município de Teresina – PI, ocorreu mais em pessoas do sexo masculino, com idades entre 20 a 39 anos. A raça mais afetada foi a parda. Em relação à zona de residência obteve o maior número de casos pessoas que residiam na zona urbana, e pela evolução dos casos a grande maioria progrediu para alta hospitalar.



5. REFERÊNCIAS

ALVARENGA, J. A.; ALMEIDA, J. C.; REIMER, C. H. R. Meningites infecciosas em idosos: estudo de uma série de casos em hospital de referência. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, v. 11, n. 1, p. 31-35, 2013.

BALDISSERA, R.; DAZZI, M. C.; ZATTI, C. A. Perfil dos Casos de Meningites Ocorridas no Brasil de 2009 a 2012. *Revista UNINGÁ*, v. 9, n. 3, p. 33-36, 2014.

CAVALCANTE, J. C. V.; HOLANDA, F. O. A.; MORRENO, I. C.; SOARES, I. A.; TEIXEIRA, A. B. Meningite bacteriana: uma atualização. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, v. 50, n. 4, p. 327-329, 2018.

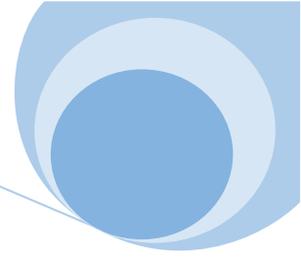
COSTA, T. R. *et al.* Retrato da meningite em Salvador-BA: análise do período entre 2011-2015. *Revista Eletrônica da FAINOR*, v. 10, n. 1, 2017.

FRASSON, M. Z. *et al.* Vigilância clínico-epidemiológica das meningites em um hospital do sul de Santa Catarina, no período entre 2007 a 2013. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 4, n. 43, p. 24-29, 2014.

GONÇALVES, H. C. *et al.* Meningite no Brasil em 2015: O panorama da atualidade. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 47, n. 1, p. 34-46, 2018.

MAGALHÃES, R. S.; SANTOS, M. S. Perfil epidemiológico da meningite bacteriana no Município de Vitória da Conquista-Bahia, no período de 2008 a 2015. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, v. 17, n. 1, p. 33-39, 2018.

MASCARENHAS-BATISTA, A. V.; MASCARENHAS, S. N.; SACRAMENTO, E. Fatores prognósticos na meningite criptocócica em hospital de referência para doenças infecciosas. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 37, n. 1, p. 68-89, 2013.



Capítulo 38

NASCIMENTO DE UM FILHO COMO FATOR PROTETIVO PARA MÃES USUÁRIAS DE CRACK

Milenna B Guimarães¹ & Lorena V de Andrade²

¹ Milenna Barros Guimarães, Psicóloga pelo Centro Universitário Santo Agostinho - UNIFSA. E-mail: milennabarrospsi@gmail.com;

² Lorena Mendes Vilarinho de Andrade, Psicóloga, Mestranda em Saúde da Mulher – UFPI, Especialista em Saúde Mental – UFRJ. E-mail: lorena_vilarinho@hotmail.com.

1. INTRODUÇÃO

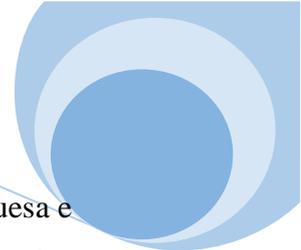
O uso do crack na gravidez pode acarretar em complicações tanto no período gestacional como no puerpério, ocasionando uma gravidez de alto risco. Estudos da saúde apresentam dados epidemiológicos sobre o índice elevado de mulheres em idade reprodutiva que fazem uso de crack.

Porém, mesmo diante de toda realidade e vulnerabilidade que as mães usuárias de crack vivenciam, estudos mostram que a vivência da maternidade e o estabelecimento de vínculo pode ser gerador de autocuidado, auxiliando no enfrentamento dos riscos fomentados pelo uso do crack.

Contudo, apesar da relevância do tema, não há na literatura estudos a respeito da relação do nascimento de um filho como fator protetivo para mães usuárias de crack. Portanto, esse estudo objetivou mostrar se o nascimento de um filho é potencialmente um fator protetivo para mães usuárias de crack contribuindo para a redução de danos causados pelo uso da substância.

2. MÉTODO

O estudo é uma revisão de literatura realizada através de consultas nas bases de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), Pubmed, CAPES. Utilizando a plataforma Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) foram avaliados 33 artigos que influenciaram a pesquisa.



Utilizou-se como critérios de inclusão: artigos completos, na língua portuguesa e inglesa, que seguem os seguintes descritores da pesquisa: Crack, Maternidade, Vínculo; que abordassem a temática em estudo, independentemente do método de pesquisa utilizado; descritos na íntegra e publicados no período de 2007 – 2017. Excluiu-se 18 artigos que não tratavam especificamente de mães usuárias de crack e que não cumpriam os critérios de inclusão.

Após avaliar os estudos selecionados, foi possível apontar os dados epidemiológicos de mulheres usuárias de crack, além de identificar o que torna essa gestação das usuárias de crack de alto risco e se o nascimento de um filho é potencialmente um fator protetivo para mães usuárias de crack.

Desta forma, verificar se o nascimento de um filho pode ser um fator protetivo para mães usuárias de crack para assim poder contribuir na vinculação mãe/bebê e na redução de danos causados pelo uso da substância.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Epidemiologia de mulheres usuárias de crack

O crack possui inúmeros efeitos nocivos ao usuário e, logo, também à sociedade em geral, podendo ser considerada uma “epidemia” no Brasil devido ao seu efeito mais intenso e menos duradouro, além do seu preço mais acessível, que faz com que se alastre mais do que outras drogas (SILVA, 2000).

Dados do Ministério da Saúde mostram uma estimativa que, entre os anos de 2005 a 2016, houve um aumento de 220.000 usuários de crack no país. Desta forma, considera-se um assunto a ser tratado a nível de saúde pública, desde a atenção primária à atenção terciária de saúde (BRASIL, 2010 apud VALENTE, 2017).

Dados epidemiológicos apresentados por Bastos & Bertoni (2014) mostram a faixa etária dos usuários de crack e/ou similares segundo o sexo. Considerando dados apresentados relacionados ao sexo feminino em idade reprodutiva, ou seja, férteis para engravidar e/ou sexualmente ativas, observou-se que em mulheres entre 18 e 44 anos apresenta-se um total percentual de 76,19% de mulheres em idade reprodutiva que fazem uso do crack, considerando que 37,41% são mulheres entre 18 a 24 anos, 18,31% estão entre 25 a 29 anos, 14,93% são de 30 a 39 anos e 5,54% estão entre 40 a 44 anos



(BASTOS & BERTONI, 2014). Desta forma, tais percentuais mostram que a chance de uma usuária de crack engravidar se tornar mãe no período reprodutivo é elevado.

Assim, a partir da Pesquisa Nacional, organizada pelos autores supracitados, é possível observar que há uma considerável estatística relacionada ao sexo feminino em idade reprodutiva na faixa etária de 18 a 24 anos, com uma concentração de 37,41%, de mulheres que fazem uso de crack, quando comparado a homens na mesma faixa etária, equivalente a 29,67% (BASTOS & BERTONI, 2014).

Considerando-se essa concentração de usuárias de crack estatisticamente significativa em mulheres que se encontram em idade reprodutiva, fez-se uma busca em estudos que apontassem dados epidemiológicos de mães em idade reprodutiva que fizessem uso de crack. Porém, viu-se que não há estudos epidemiológicos suficientes voltado a esse público específico.

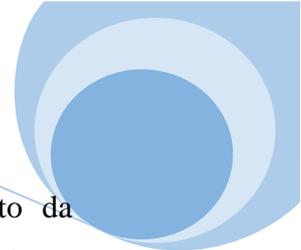
3.2. Gestação de alto risco

Para o Ministério da Saúde (2012) “o uso de drogas ilícitas acarreta riscos únicos para saúde da mãe e do bebê”. Portanto, considerando os dados epidemiológicos alarmantes sobre o crack apresentados, pode-se afirmar que uma gestação nessas circunstâncias, sendo mulheres em idade reprodutiva que fazem uso de crack, é uma gestação de alto risco, onde existe o aumento das chances de um desfecho desfavorável para a saúde da mãe e/ou bebê.

Diante dos possíveis agravos obstétricos e neonatais que podem ocorrer em uma gestação classificada como de alto risco, Holztrattner (2010) apresenta algumas complicações como “parto pré-termo ou deslocamento prematuro de placenta além de outras complicações tanto maternas quando perinatais”.

3.3. Nascimento do filho como fator protetivo

Assim, como há um risco pré-existente, Abruzzi (2011) identificou em seus estudos com gestantes usuárias de crack, que as mesmas vivenciam emoções ambivalentes com relação ao bebê e com a descoberta da gravidez. Assim, uma possível rejeição que possa surgir inicialmente acaba sendo substituída por sentimentos de afeto, que as fazem enfrentar todas as dificuldades vivenciadas nessas situações de alto risco.



O contato entre essa mãe e o bebê pode acarretar no fortalecimento da vinculação e suscitar o desenvolver do seu autocuidado, onde elas acabam mantendo-se abstinente neste período da internação hospitalar, em que irão se dedicar à amamentação. A maternidade surge como importante fator de motivação potencializador na redução dos prejuízos gerados pelo uso abusivo do crack.

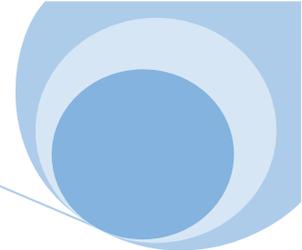
Light *et al.* (2004), citado por Holztrattner (2010), ao falar sobre o contato da mãe com o bebê a nível hormonal, aponta para uma pesquisa sobre o aumento dos níveis de ocitocina em mães, onde esse hormônio age no nível de controle das mães sobre o estabelecimento do vínculo e do apego materno. Com isso, o autor supracitado coloca que esse contato mãe/bebê deve ser incentivado para que o vínculo se fortaleça, de forma que a promoção de segurança ao filho possa ser “um sinal de mudança positiva na vida destas mães.”

4. CONCLUSÃO

Assim, conclui-se que o nascimento de um filho é um fator protetivo significativo para mães usuárias de crack, contribuindo para a diminuição da vulnerabilidade ocasionada pelo consumo da substância.

Portanto, este torna-se um material válido, ressaltando a importância do desenvolvimento de mais estudos nessa temática, devido à escassa literatura sobre usuárias de crack no ciclo gravídico puerperal e especificamente sobre o nascimento de um filho como fator protetivo para mães usuárias de crack.

Por isso, busca-se incentivar concomitantemente maiores produções científicas e de dados epidemiológicos de gestantes ou puérperas usuárias de crack e os efeitos positivos dessa experiência da vinculação materna no enfrentamento dos danos ocasionados pelo uso abusivo do crack nesse período gravídico puerperal.



5. REFERÊNCIAS

ABRUZZI, J. C. A experiência da gestação na perspectiva de gestantes usuárias de crack internadas em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/35957/000816488.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 30 jan. 2020.

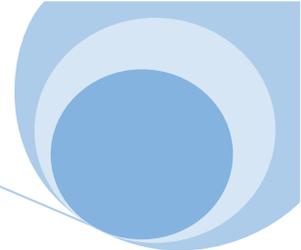
BASTOS, F. I.; BERTONI, N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack. Editora ICICT/FIOCRUZ, Brasil, p. 133-145, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30/12/2010. Brasília, 2010. In: VALENTE, Leandro Fernandes. Políticas de saúde para gestantes usuárias de crack. In: VIII Jornada Internacional Políticas Públicas. Anais, São Luis – MA, 2017.

LIGHT, K. C. *et al.* Deficits in plasma oxytocin responses and increased negative affect, stress, and blood pressure in mothers with cocaine exposure during pregnancy. *Addictive behaviors*, v. 29, n. 8, p. 1541-1564, 2004. In: HOLZTRATTNER, J. S. Crack, gestação, parto e puerpério: um estudo bibliográfico sobre a atenção à usuária. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gestação de alto risco: manual técnico. Estratégias, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2020.

SILVA, S. L. da. Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2000. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-27042008-180551/en.php>>. Acesso em: 26 jan. 2020.



Capítulo 39

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM RECÉM-NASCIDO COM CARDIOPATIA CONGÊNITA

Maynara L Ripardo¹, Maria D A do Nascimento¹, Maria V A de Sousa¹, Maria I Brito²,
Luis F A Sousa¹ & Eliane C do Nascimento³

¹ Graduando(a) no Curso Bacharelado em Enfermagem pelo Centro Universitário INTA – UNINTA;

² Graduanda no Curso Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA;

³ Graduada no Curso Bacharelado em Enfermagem pelo Centro Universitário INTA – UNINTA.

1. INTRODUÇÃO

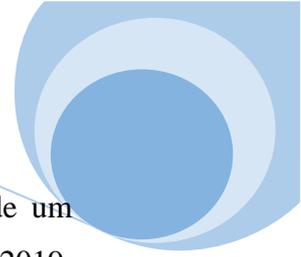
As Malformações cardíacas é a ocorrência mais frequente de todas as malformações congênitas. Para cada 1000 recém-nascidos, um a dois, aproximadamente, possuem um defeito cardíaco potencialmente fatal, em geral porque tanto o fluxo sanguíneo sistêmico quanto pulmonar depende de um ducto arterial patente (PINHEIRO, 2019).

As cardiopatias congênitas respondem por 24% das mortes de bebês e cerca de 4.800 crianças nascem, anualmente, com uma das sete cardiopatias congênitas críticas. Logo, se reconhece que o cuidado de enfermagem traz benefícios obtidos com a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), pois, proporciona o direcionamento das ações, uma assistência individualizada, facilita a passagem de plantão e estimula os enfermeiros no aprimoramento de seus conhecimentos (BARBOSA, 2016).

O trabalho relata a experiência de acadêmicos de enfermagem frente aos cuidados de enfermagem ao recém-nascido com cardiopatia congênita.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência (BRASIL, 2016). Realizado no decorrer das vivências praticas



do estágio supervisionado I, em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal de um hospital de grande porte da zona norte do estado do Ceará, no mês de fevereiro de 2019, no qual foram os acadêmicos implantaram os cuidados de enfermagem a um RN com cardiopatia congênita, o estudo obedeceu a todos os aspectos éticos da resolução do Conselho Nacional de Saúde nº466/12 (BRASIL, 2012).

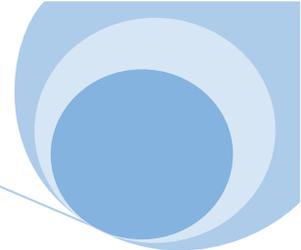
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No setor UTI neonatal, foi possível aplicar e compreender como é realizado o cuidado de enfermagem baseado na SAE, no qual se apresenta nas seguintes fases: a identificação do problema, diagnóstico de enfermagem, implementação do cuidado, resultados esperados e avaliação desses resultados. Desta forma a participação acadêmica se deu ao implementar a SAE, através de um instrumento, uma ficha de avaliação disponibilizado pelo setor local para esse acompanhamento. Assim o acadêmico pode estar, nesse auxílio direto, na realização do exame físico e avaliando o paciente, aplicando cada passo da sistematização de enfermagem. Pode-se perceber que o cuidado de enfermagem através da SAE possibilitou a melhora desse paciente, prevenindo possíveis danos à saúde como a presença de lesões e infecções, além de reduzir o tempo de permanência desse paciente na UTI.

4. CONCLUSÃO

No setor UTI neonatal, foi possível aplicar e compreender como é realizado o cuidado de enfermagem baseado na SAE, no qual se apresenta nas seguintes fases: a identificação do problema, diagnóstico de enfermagem, implementação do cuidado, resultados esperados e avaliação desses resultados.

Desta forma a participação acadêmica se deu ao implementar a SAE, através de um instrumento, uma ficha de avaliação disponibilizado pelo setor local para esse acompanhamento. Assim o acadêmico pode estar, nesse auxílio direto, na realização do exame físico e avaliando o paciente, aplicando cada passo da sistematização de enfermagem, pode-se perceber, que o cuidado de enfermagem através da SAE possibilitou a melhora desse paciente, prevenindo possíveis danos a saúde como a presença de lesões e infecções, além de reduzir o tempo de permanência desse paciente na UTI.



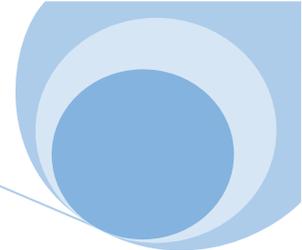
5. REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. D. G. *et al.* Revisão integrativa: atuação fonoaudiológica com recém-nascidos portadores de cardiopatia em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista CEFAC*, v. 18, n. 2, p. 508-512, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Dispõe sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: Maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 510, DE 7 DE ABRIL DE 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html> Acesso em: Maio 2019.

PINHEIRO, D. O. *et al.* Accuracy of prenatal diagnosis of congenital cardiac malformations. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 41, n. 1, p. 11-16, 2019.



Capítulo 40

USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO PROCESSO SAÚDE DOENÇA

Thálisson W de Andrade Bezerra, Gislayne S Simas, Matheus F de Magalhães Lemos, Rebeca de Jesus M de Carvalho, Tayane A Lima, Mara R de Sousa Silva, Lívia M S Lima & Everton M Lopes

1. INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), são recursos terapêuticos que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais que promovem e estimulam a prevenção e recuperação de agravos à saúde (BRASIL, 2015). Consistem em técnicas alternativas, inovadoras e seguras que contribuem para a participação social, ampliação das ofertas de cuidados em saúde proporcionando uma escuta ativa do usuário, com ênfase na promoção de saúde, em especial o autocuidado (BRASIL, 2018).

As PICS (Figura 1) são regulamentadas por intermédio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada pela portaria GM/MS nº 971/2006, disponibilizando cinco terapias complementares a medicina tradicional chinesa, a fitoterapia, a crenoterapia, a homeopatia e a medicina antroposófica (BRASIL, 2006).

Segundo Brasil (2006), até então apenas 232 municípios, entre esses 19 capitais, em um total de 26 estados, ofertavam alguma dessas práticas, entretanto, por meio da portaria GM nº 849/2017 mais 14 terapias foram acrescentadas (BRASIL, 2017). Posteriormente, mais 10 práticas complementares foram adicionadas com a portaria GM nº 702/2018 (BRASIL, 2018), assim, totalizando 29 terapias ofertadas, abrangendo todo o território nacional onde estabelecimentos de diversos níveis de complexidade oferecem esses serviços.

O presente trabalho tem o objetivo de fomentar sobre o crescimento do número de atendimentos realizados, e discutir com base na literatura, a eficiência e

aplicabilidade das PICS no âmbito de prevenção, promoção e recuperação da saúde e, listar as principais terapias alternativas.

Figura 1. Logotipo que representa as práticas integrativas e complementares



Fonte: Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar.

2. MÉTODO

A pesquisa bibliográfica foi realizada utilizando a análise de dados secundários do Ministério da Saúde da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a revisão da literatura utilizando as bases *Scientific Electronic Library Online* – SciELO, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS, Base de Dados em Enfermagem – BDEnf, usando os descritores: Terapias Alternativas e Saúde.

Como critério de inclusão optou-se por artigos publicados no período de 2013 a 2019, no idioma português e apenas material que demonstrasse a aplicabilidade das PICS. Após a revisão de literatura foram encontrados 138 artigos, dentre estes, 20 cumpriram com os critérios de seleção, sendo 08 da LILACS, 09 da BDEnf, e 03 do SciELO, revelando a deficiência na produção de material que contribua para fortalecer a aplicabilidade dessas terapias.

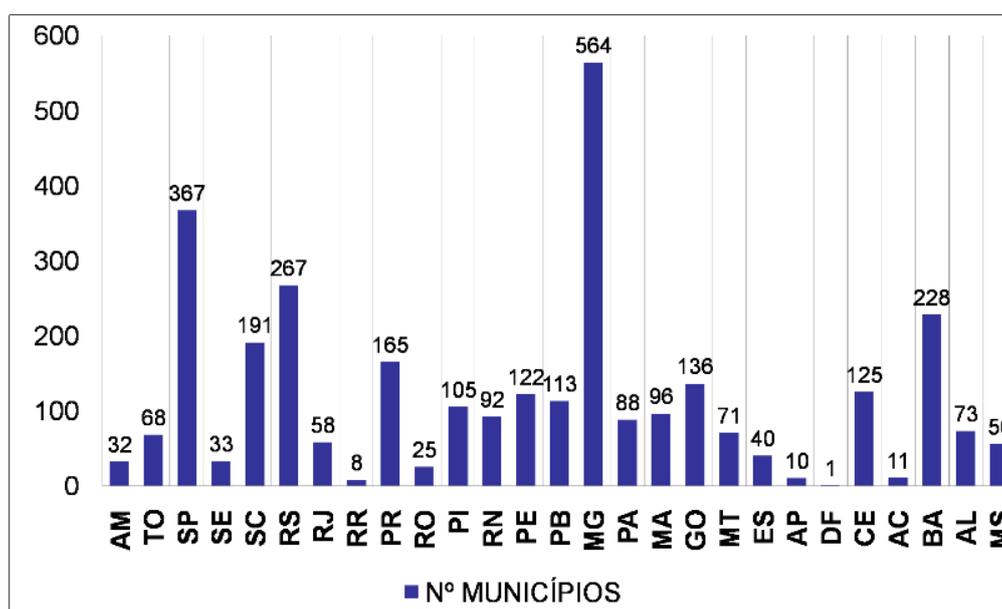
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a institucionalização da PNPIC, houve aumento significativo no número de atendimentos realizados anualmente, sendo mais de 2 milhões de atendimentos

individuais e mais de 200.000 atendimentos coletivos, envolvendo mais de 5 milhões de pessoas (BRASIL, 2018).

Nota-se ainda aumento na contagem de municípios que disponibilizam as práticas integrativas e complementares, com atenção para os estados de São Paulo e Minas Gerais na região Sudeste do país onde está concentrado maior número de localidades que prestam atendimentos complementares a partir das PICS, como mostra o Gráfico 1.

Gráfico 1. Distribuição dos municípios que ofertam as PICS

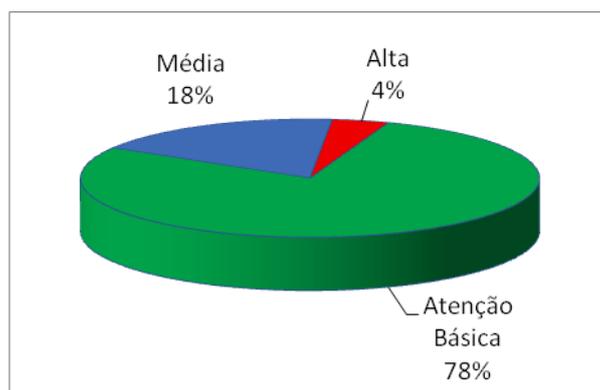


Fonte: Ministério da Saúde.

Segundo Brasil (2018), a Medicina Tradicional Chinesa, a mais difundida das terapias, totaliza cerca de 1 milhão em atendimentos, seguido pela prática de Fitoterapia chegando a 85 mil atendimentos, a Homeopatia totaliza 13 mil atendimentos e, cerca de 926 mil atendimentos contemplando outras práticas complementares.

A PNPIC estimula que as práticas complementares sejam implantadas em todos os serviços de saúde, com foco na atenção básica, sendo distribuídas em 9.470 estabelecimentos de saúde, onde 78% são realizadas na atenção básica, 18% são ofertadas em nível de média complexidade e apenas 4% na alta complexidade (Gráfico 2) (BRASIL, 2018).

Gráfico 2. Distribuição das PICS por nível de complexidade



Fonte: Ministério da Saúde.

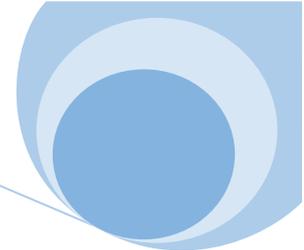
As principais ações desenvolvidas para difundir e fortalecer as PICS têm sido estimular o caráter multidisciplinar e a participação social; elaboração de normas técnicas, de financiamento, material de divulgação e, estimular a produção de material científico (BRASIL, 2018).

As PICS são dispositivos importantes no cuidado, permitindo equilibrar o receptor corpo, mente e espírito. Como estratégia de saúde promove a redução da medicalização e a demanda nos serviços de saúde (FREITAG *et al.*, 2018). Como estratégia de saúde promove a redução da medicalização e a demanda nos serviços de saúde (RANDOW *et al.*, 2017).

4. CONCLUSÃO

Afere-se que, por conseguinte, a institucionalização da PNPIC proporcionou maior organização das práticas integrativas e complementares, assim contribuindo para a difusão destas por todo território nacional, com ênfase na Atenção Básica, mas não deixando de ser realizada em outros níveis de complexidade.

As PICS são realizadas juntamente a medicina alopática e, são capazes de promover benefícios à saúde, de forma que o usuário possa ser mais adepto as terapias como Fitoterapia, Homeopatia e Acupuntura, porém ainda requer pesquisas que elucidem sua efetividade.



5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. S. *et al.* Os efeitos das atividades musicais como modalidade alternativa de cuidado em saúde mental. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, v. 2, n. 1, p. 13-20, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de implementação de serviços práticas integrativas e complementares. Brasília, Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Informe PICS. Brasília, Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 702 de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. *Diário Oficial da União*, 22 de mar. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 849 de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 mar. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Práticas Integrativas e complementares (PICS): quais são e para que servem. Disponível em <<http://saúde.gov.br/saúde-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares#referencia>>. Acesso em 12 de maio de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS –PNPIC – SUS/ Ministério da Saúde, Secretária de atenção à saúde, Departamento de atenção básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.



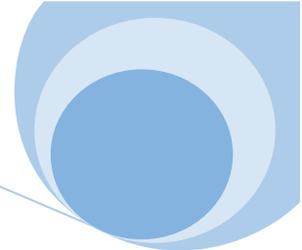
BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

EDERHARDT, T. D. *et al.* Comparação analgésica do Zen Shiatsu e Acupuntura em dorsolombalgias de profissionais de enfermagem. *Revista de Enfermagem UERJ*, v. 23, n. 3, p. 324-330, 2015.

FREITAG, V. L. *et al.* A terapia reiki na Estratégia Saúde da Família: Percepção dos enfermeiros. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Onlin.*, v. 10, n. 1, p. 248-253, 2018.

NICOLUSSI, A. C. *et al.* Relaxamento com imagem guiada e presença de depressão em pacientes com câncer durante quimioterapia. *Cogitare Enfermagem*, v. 21, n. 4, p.1-10, 2016.

RANDOW, R. *et al.* Lian Gong em 18 terapias como estratégia de promoção da saúde. *Revista de Promoção à Saúde*, v. 30, n. 4, p. 1-10, 2017.



Capítulo 41

PESQUISA DE AGLUTININAS ANTI-LEPTOSPIRAS EM OVINOS DO COLÉGIO TÉCNICO DA CIDADE DE BOM JESUS-PI

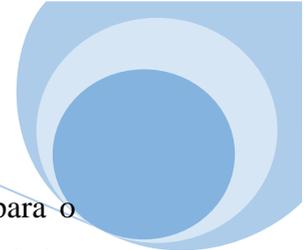
Jackson B G Dantas, Julia M V Dada, Antônia L F Silva, Luana P Ramos, Denise Cerqueira de Sousa, Felicianna C F Machado, Antônio A N M Júnior, Manoel L Da Silva Filho & Larissa M F Gonçalves

1. INTRODUÇÃO

A leptospirose é uma zoonose infectocontagiosa mundialmente distribuída, mais comum em países de clima tropical e subtropical. Seus reservatórios são principalmente mamíferos domésticos, que vão abrigar as leptospiros no aparelho urinário, eliminando-as pela urina para o ambiente (TRABULSI & CASTRO, 1999), e por meio de descargas cérvico-vaginais, fetos abortados, placenta e sêmen (FAINE *et al.*, 1999). A transmissão e ocorrência da leptospirose são influenciadas pelas condições ambientais, interação com animais silvestres, além do tipo do agente infeccioso (GENOVEZ *et al.*, 2006).

Dentre os animais susceptíveis, os ovinos são os menos acometidos (CICERONI *et al.*, 2000), no entanto aqueles que se recuperam da forma aguda da doença, pode adquirir a condição de portadores assintomáticos, nos quais a *Leptospira* permanece nos túbulos renais, sendo eliminada para o ambiente (FAINE *et al.*, 1999).

No Brasil, a soropositividade para leptospirose em ovinos já foi observada nos estados de Rondônia, Piauí, São Paulo, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Os principais sorovares encontrados são *Hardjo*, *Patoc*, *Autumnalis*, *Pyrogenes*, *Icterohaemorrhagiae* e *Senot* (MARTINS *et al.*, 2012; AGUIAR *et al.*, 2010; HERRMANN *et al.*, 2004; CARVALHO *et al.* 2011; FAVERO *et al.*, 2002). A identificação dos sorovares é indispensável, em razão da imunidade adquirida ser sorovariedade específica, desse modo, a vacinação só protege contra sorovariedades homólogas ou antígenicamente semelhantes (LEVETT *et al.*, 2001).



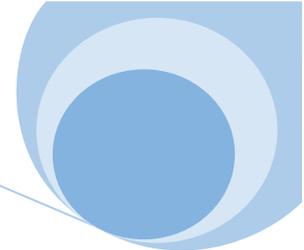
A técnica da Soroaglutinação Macroscópica (SAM) é a mais utilizada para o diagnóstico da leptospirose, dado que apresenta alta sensibilidade e especificidade, permitindo a identificação dos sorovares presentes no rebanho (ADLER & MOCTEZUMA, 2010). Essa técnica constitui-se em diluições proporcionais de soro com a cultura diluída de leptospiras vivas de diferentes sorovares; assim, a presença de anticorpos é indicada pela aglutinação das leptospiras (GROOMS & BOLIN, 2005).

Frente ao exposto e considerando a importância da leptospirose sob os aspectos econômicos e de saúde pública, objetivou-se com este trabalho pesquisar aglutininas anti-*Leptospiras* em ovinos do Colégio Técnico da Universidade Federal do Piauí de Bom Jesus-PI, e identificar os sorovares envolvidos.

2. MÉTODO

Foram colhidas amostras sanguíneas de 55 ovinos sem raça definida, de ambos os sexos e de diferentes idades. Na ocasião da coleta, cada animal foi cadastrado em um formulário contendo informações sobre sexo, pelagem, colar e tatuagem. As coletas foram realizadas em junho de 2016 no Colégio Técnico da Universidade Federal do Piauí de Bom Jesus-PI, pelo método de venopunção da jugular, em tubos para a coleta de sangue a vácuo utilizando agulhas descartáveis estéreis.

Posteriormente os tubos contendo as amostras de sangue, foram mantidos sob refrigeração para posterior obtenção dos soros, que foram enviados ao Laboratório de Fisiopatologia da Reprodução Animal da Universidade Federal do Piauí, *Campus* Ministro Petrônio Portela em Teresina-PI, para realização da Prova de Soroaglutinação Microscópica (SAM). Utilizou-se antígenos vivos ou variantes sorológicas de leptospiras patogênicas com quatro a 14 dias de crescimento, diluídas na proporção de 1:3 em PBS (solução salina tamponada com fosfato), pH 7,2. O critério adotado para o soro ser considerado como reagente foi de 50% de leptospiras aglutinadas por campo microscópico em aumento de 100 vezes. O sorovar registrado foi aquele que apresentou maior título, sendo as demais aglutinações consideradas reações cruzadas.



3. RESULTADO E DISCUSSÃO

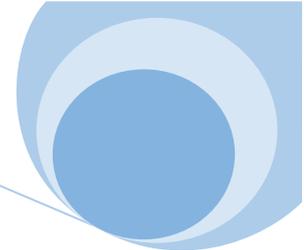
Das 55 amostras de soro analisadas, nenhuma foi reagente ao Teste de SAM. Inquéritos sorológicos da leptospirose em ovinos feitos no Brasil revelaram prevalências de 40,5% no Piauí (CAMPOS *et al.*, 2017); 31,93% no Maranhão (CARVALHO, 2012); 5,41% na Paraíba (ALVES *et al.*, 2012); 13,7% no Rio Grande do Sul (LILENBAUM *et al.*, 2009) e 13,4% em Pernambuco (PIMENTA *et al.*, 2019).

Alves *et al.* (2012), examinaram 1275 ovinos de propriedades do estado da Paraíba, verificando a associação estatística entre o tamanho do rebanho > 48 animais (OR 2,26; IC95% 1,33 – 5,07; $p = 0,021$) e participação em exposições (OR 9,05; IC95% 0,96 – 85,71; $p = 0,055$). Essas condições ratificam que as aglomerações de animais favorecem a transmissão de doenças aos susceptíveis, sendo proporcionais ao tempo que eles permanecem juntos e ao número de animais.

Os sorovares predominantes nas pesquisas sorológicas conduzidas em ovinos são: Grippytyphosa, Hardjo, Castellonis, Andamana, Icterohaemorrhagiae, Autumnalis, Sentot, Whitcombi, Butembo, Australis e Shermani (HIGINO & AZEVEDO, 2014; PIMENTA *et al.*, 2019).

4. CONCLUSÃO

Não foram encontradas aglutininas anti-*Leptospiras* em ovinos do Colégio Técnico da Universidade Federal do Piauí de Bom Jesus-PI. Sugere-se a pesquisa sorológica para leptospirose nesta criação em datas futuras, visto que a doença se apresenta variável no tocante às diversas regiões e aos tipos de sorovares presentes em cada região do país.



5. REFERÊNCIAS

ADLER, B.; DE LA PEÑA MOCTEZUMA, A. Leptospira and leptospirosis. *Veterinary Microbiology*, v. 149, n. 3-4, p. 287-296, 2010.

AGUIAR, D. M. *et al.* Anticorpos Anti-Leptospira spp em Ovinos do Município de Monte Negro, Estado de Rondônia de Rondônia. *Arquivos do Instituto Biológico*, v. 77, n. 3, p. 529-532, 2010.

ALVES, C. J. *et al.* Caracterização epidemiológica e fatores de risco associados à leptospirose em ovinos deslanados do semiárido brasileiro. *Pesquisa Veterinária Brasileira*, v. 32, n. 6, p. 523-528, 2012.

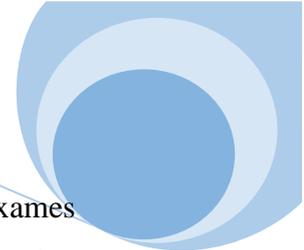
CAMPOS A. P. *et al.* Seroprevalence and risk factors for leptospirosis in cattle, sheep, and goats at consorted rearing from the State of Piauí, northeastern Brazil. *Tropical Animal Health and Production*, v. 49, p. 899-907, 2017.

CARVALHO, S. M. Avaliação das alterações em rim, fígado e pulmões de ovinos infectados por leptospirosas. 74f. Tese (Doutorado) Programa de pós-graduação em Ciência Animal, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2012.

CARVALHO, S. M.; *et al.* Infecção por Leptospira em ovinos e caracterização da resposta inflamatória renal. *Pesquisa Veterinária Brasileira*, v. 31, n. 8, p. 637-642, 2011.

CICERONI, L. *et al.* Prevalence of antibodies to Leptospira serovars in sheep and goats in Alto Adige, South Tyrol. *Journal of Veterinary Medicine*, v. 47, n; 3, p. 217-223, 2000.

FAINE, S. *et al.* Leptospira and leptospirosis. Melbourne: MediSci, p. 272, 1999.



FAVERO, A. C. M. *et al.* Sorovares de *Leptospira* predominantes em exames sorológicos de bubalinos, ovinos, caprinos, equinos, suínos e cães de diversos estados brasileiros. *Ciência Rural*, v. 32, n. 4, p. 613-619, 2002.

GENOVEZ, M. E. *et al.* Effect of *Leptospira* spp. serovar hardjo infection on reproduction of two beef nelore herds with diferente serological status. *World Buiatric Congress, France*. 24 p, 2006.

GROOMS, D. L.; BOLIN, C. A. Diagnosis of fetal loss caused by bovine viral diarrhea virus and *Leptospira* spp. *Veterinary Clinics: Food and animal practice*, v. 21, p. 463-472, 2005.

HERRMANN, G. P. *et al.* Soroprevalência de aglutininas anti-*Leptospira* spp. em ovinos nas Mesorregiões Sudeste e Sudoeste do Estado Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência Rural*, v. 34, n. 2, 2004.

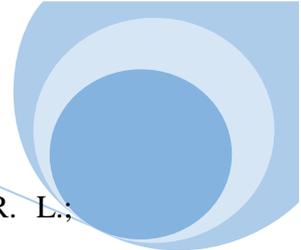
HIGINO, S. S. S.; AZEVEDO, S. S. Leptospirose em pequenos ruminantes: situação epidemiológica atual no Brasil. *Arquivos do Instituto Biológico*, v. 81, n. 1, p. 86-94, 2014.

LEVETT P. N. *Leptospirosis Clinical Microbiology Reviews*, v. 14, n. 2, p. 296–326, 2001.

LILENBAUM, W.; VARGES, R.; RISTOW, P.; *et al.* Identification of *Leptospira* spp. carriers among seroreactive goats and sheep by polymerase chain reaction. *Research in Veterinary Science*, v. 87, p. 16-19, 2009.

MARTINS, G. *et al.* Leptospirosis as the most frequent infectious disease impairing productivity in small ruminants in Rio de Janeiro, Brazil. *Tropical Animal Health and Production*. v. 44, p. 773-777, 2012.

PIMENTA, C. L. R. M.; *et al.*; Seroprevalence and predominant serogroups of *Leptospira* sp. in serological tests of ruminants in northeastern Brazil. *Semina: Ciências Agrárias, Londrina*, v. 40, n. 4, p. 1513-1522, 2019.



TRABULSI, R. L.; CASTRO, A. F. P. Espiroquetideos. In: TRABULSI, R. L.; ALTERTHUM, F.; GOMPERTZ, O. F. et al. Microbiology. 3ed. São Paulo: Ateneu. Cap. 41, p.315 – 320, 1999.