

PALAVRA DO EDITOR

A proposta da Applied Health Sciences é proporcionar aos pré-universitários e universitários um espaço para publicação de suas descobertas e estudos apresentando-as à sociedade e comunidade científica.

O espaço de discussão dessa revista é multidisciplinar e busca reunir e divulgar informações científicas nas mais diversas áreas que convertem em um ponto em comum, a saúde e bem-estar humano.

Agrademos o interesse e engajamento de todos os autores e membros do corpo editorial nessa busca pelo conhecimento e acreditamos que ao disponibilizarmos esse espaço de publicações contribuimos com o desenvolvimento científico no Brasil.

Boa leitura!

Mônica de Oliveira Santos

Editor

EXPEDIENTE

Sociedade Brasileira de Ciências Aplicadas à Saúde – SBCSaúde.

Presidente

Dra. Mônica de Oliveira Santos

Presidente Científico

Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto

EDITORES

Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto

Dra. Mônica de Oliveira Santos

CO-EDITORES

Me. Lucas Silva de Oliveira

Dra. Aline Raquel Voltan

Corpo editorial

Dr. Aroldo Vieira de Moraes Filho

Dra. Aline Helena da Silva Cruz

Dra. Aliny Pereira de Lima

Dra. Andrielle de Castilho Fernandes

Dra. Carolline Silva Borges

Dra. Debora de Jesus Pires

Dra. Lilian Carla Carneiro

Dra. Mônica Santiago Barbosa

Dra. Patrícia Fernanda Zambuzzi Carvalho

Me. Juliana Santana De Curcio

Me. Karla Cardoso da Silva

Me. Lorena Motta Silva

Me. Luiz Paulo Araújo dos Santos

APOIO TÉCNICO

Me. Carlos Andrade Faria Filho

Acesso: <http://sbcsaude.org.br/site/editora-sbcsaude/applied-health-sciences/>

ISSN: 2595-8046

Sumário

CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL EM UM HOSPITAL DA REGIÃO NORTE DO CEARÁ.....	5
ACOMPANHAMENTO DE IDOSA COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE: RELATO DE CASO.....	11
CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO: UMA AÇÃO EDUCATIVA	19
ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	26
INSTRUMENTOS DE AUTOAJUDA COMO ESTRATÉGIAS PROPEDEÚTICAS COMPLEMENTARES.....	36
A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO E INTERVENÇÃO NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	43
TRANSTORNOS URINÁRIOS NA OBESIDADE.....	53
HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS EM GOIÁS: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA NO PERÍODO DE 2010 – 2017.....	63
PROBLEMATIZAÇÃO SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DE TERAPIA COMUNITÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	73
FISIOTERAPIA NO PRE-NATAL DE UMA GESTANTE POS- CIRURGIA BARIÁTRICA ...	80
DIRETRIZES PARA AUTORES.....	87
Normas para submissão de manuscritos	87

CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL EM UM HOSPITAL DA REGIÃO NORTE DO CEARÁ

Eliane Cruz do Nascimento¹; Leniane da Cruz Nascimento¹; Alesandro Lima de Vasconcelos¹; Antonia Vitória Viana de Sousa¹; Anna Karoline Lopes Magalhães¹; Débora Pinheiro Cisne¹; Édina Maria Araújo¹; Monalisa Mesquita Arcanjo¹; Quiriane Maranhão Almeida¹; Idia Nara de Sousa Veras¹.

RESUMO: A Insuficiência Renal é definida pela perda parcial do rim, e é uma patologia que apresenta altas taxas de morbimortalidade. Os portadores de insuficiência renal crescem gradativamente por ano, em sua maioria devido às doenças de base, hipertensão arterial e Diabetes *Mellitus*. Diante do panorama apresentado este estudo teve como objetivo classificar os pacientes de um Serviço de Terapia Substitutiva com diagnóstico de insuficiência renal. Trata-se de uma pesquisa documental, com abordagem quantitativa. O referido estudo foi desenvolvido no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) de um hospital referência na região norte do Ceará, a partir da análise de prontuários de pacientes dialíticos em uso de CVC proveniente do Serviço de Terapia Substitutiva. Foram incluídos na pesquisa os prontuários de pacientes em uso de CVC e excluindo-se os prontuários de pacientes que utilizam outros tipos de dispositivos, como a fístula. Ao realizar análise dos 153 prontuários foi possível identificar maior prevalência de pacientes em tratamento HD com Insuficiência Renal Crônica (IRC), cerca de 60,8%, seguida de pacientes com Insuficiência Renal Aguda (IRA), com cerca de 39,2%. A IRC é considerada um problema de saúde pública e o número de portadores aumenta de forma global. Os achados deste estudo fornecem importantes dados para o Serviço de Terapia Substitutiva de um hospital de referência do Ceará. Ao tomar conhecimento de tais números tem-se a possibilidade de melhora do serviço ofertado a esses pacientes, bem como podem ser adotadas medidas que possam, ao menos, minimizar a incidência de IRC e IRA.

Palavras-chave: Enfermagem, Hemodiálise, Insuficiência Renal Crônica.

ABSTRACT: The Renal insufficiency is defined as partial loss of the kidney and is a condition that has high morbidity and mortality rates. The bearers of kidney disease increase gradually a year mostly due to the underlying diseases, high blood pressure and diabetes mellitus. Before the view shown, this research has as an aim ranking the patients of a Substitute Therapy Service with kidney disease diagnosis. It is a documental research with quantitative approach. The referred study was developed at the Service of Statistical and Medical Archive (SSMA) of a reference hospital in North Ceará State, from the analysis of handbooks of dialysis patients into CVC use arising from the Service of Substitutive Therapy. At the search have been included the patients handbooks into CVC use and have been excluded the patients handbooks which made use of other types of devices as the fistula. By achieving the analysis of the 153 handbooks it has been possible to spot greater prevalence of patients in HD treatment with Chronic Renal Failure (CRF) around 60,8% followed of patients with Acute Kidney Injury (AKI), along with about 39,2%. The IRC is considered a problem of public health and the number of carriers increases of global form. The findings of this study supply important data the Service of Substitutiva Therapy of a hospital of reference of the Ceará. When taking knowledge of such numbers has it possibility of improvement of the service offered to these patients, as well as they can be adopted measured who can, the the least, to minimize the incidence of IRC and IRA.

Keywords: Nursing, Hemodiálise, Chronic Renal Insufficiency.

¹ Centro Universitário INTA – UNINTA, Sobral, Ceará, Brasil. Contato: eulianacruz1602@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) compõem o conjunto de condições crônicas responsáveis por cerca de 70% das causas de morte no Brasil, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda. ¹

² Estima-se que no ano de 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doenças dos países em desenvolvimento. ²

Em 2003 a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que o excesso de peso seja responsável por 58% de doença relativa ao diabetes tipo II, 39% da doença hipertensiva, 21% do infarto do miocárdio, 12% do câncer de cólon e reto e 8% do câncer de mama e responde diretamente por parcela significativa do custo do sistema de saúde nos países. Diabetes *mellitus* (DM) e hipertensão arterial (HA) atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros. Essas doenças representam, no Brasil, a primeira causa de mortalidade e hospitalizações, além de serem apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal em diálise no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta é considerada um grave problema de saúde pública e vem ganhando relevância por suas altas prevalência e incidência. ²

De acordo com o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (CSBN) de 2016, o total estimado de pacientes em tratamento dialítico por ano vem aumentando gradativamente, incluindo a incidência de pacientes em tratamento dialítico crônico e agudo com doença de base relacionada à hipertensão e ao DM mediante o diagnóstico de

base. ³

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é definida pela perda parcial do rim, uma patologia de ampla morbimortalidade. O rim não consegue realizar sua missão de eliminar substâncias tóxicas, proveniente do metabolismo celular, acometendo o funcionamento de outros órgãos. Vários indicadores podem ser utilizados para analisar a função renal, como a creatinina sérica, proteinúria, cistatina C e o ritmo de filtração glomerular (RFG).

⁴

De acordo com diretrizes da SBN, a função renal deve ser analisada por meio da aferição do RFG agregado com a determinação da albuminúria, possibilita um melhor diagnóstico, em seguida uma avaliação mais confiável do risco da doença renal, e de complicações futuras. ⁵

O tratamento de HD cresce, de acordo com a incidência das doenças de base, como a hipertensão e a diabetes, assim, crescendo a quantidades de unidades de diálise, totalizando 50.807 pacientes em diálise, de todas as unidades. ⁶ Uma vez que estas doenças sejam detectadas precocemente e seja realizado acompanhamento por uma equipe multidisciplinar, dificilmente irão evoluir para um futuro tratamento de HD. ⁷

Os tratamentos dialíticos disponíveis são a diálise peritoneal (DP), hemodiálise (HD) e o transplante renal (TR). Estes, contudo, substituem parcialmente a função dos rins, amenizando os sintomas e prolongando a vida do paciente, no entanto é importante deixar claro que nenhuma delas é curativa. ⁷

Conforme supracitado, os portadores de insuficiência renal crescem gradativamente por ano, em sua maioria devido às doenças de base, hipertensão arterial e DM. Dentro desta

perspectiva, o papel do enfermeiro é de grande relevância, pois este profissional atua ativamente no processo do cuidar de forma holística. Diante do panorama apresentado, este estudo teve como objetivo classificar os pacientes de um Serviço de Terapia Substitutiva com diagnóstico de insuficiência renal.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa documental, com abordagem quantitativa. A pesquisa documental se caracteriza por tomar como fonte de coleta de dados apenas documentos, escritos ou não, que constituem o que se denomina de fontes primárias.⁸ Com relação à abordagem quantitativa, esta se caracteriza por estudar um fenômeno, partindo de um conceito ou modelo teórico da questão que se está estudando e do levantamento de hipóteses. Esse tipo de pesquisa trabalha com números e representatividade por amostragem aleatória dos participantes.⁹

O referido estudo foi desenvolvido no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) de um hospital referência na região norte do Ceará, a partir da análise de prontuários de pacientes dialíticos em uso de CVC proveniente do Serviço de Terapia Substitutiva. Foram incluídos na pesquisa os prontuários de pacientes em uso de CVC duplo-lúmen e excluindo-se os prontuários de pacientes que utilizam outros tipos de dispositivos, como a fístula.

Os dados foram coletados por meio de um instrumento para coleta de dados, baseado em

Gauna.¹⁰ Os mesmos foram preenchidos através da consulta aos prontuários médicos disponíveis no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) no período de realização da coleta de dados. Foram incluídos na pesquisa os prontuários de pacientes renais do período de janeiro à dezembro de 2017 e janeiro à julho de 2018.

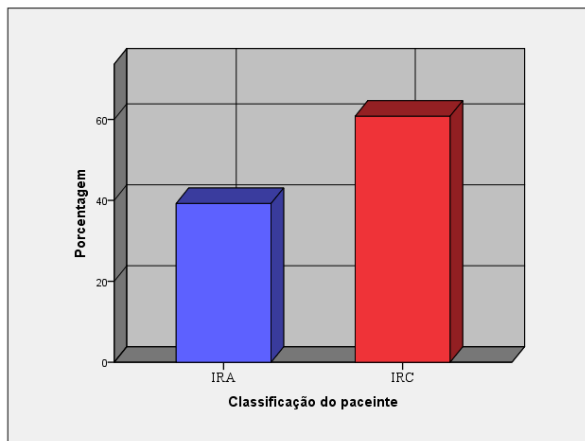
Os dados coletados a partir dos prontuários foram agrupados em um banco de dados em Excel (Microsoft) e analisados utilizando software SPSS 23.0 para Windows. A análise estatística se deu por meio da Estatística Descritiva.

Por se tratar de estudo envolvendo seres humanos, o projeto desta pesquisa foi enviado ao Departamento de Pesquisa, Ensino e Extensão (DEPE) da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, instituição onde a pesquisa foi realizada e recebeu parecer favorável sob o número de protocolo: 87/2018; e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário INTA – UNINTA para aprovação e recebeu parecer favorável em 11 de outubro de 2018, sob o número 2.958.879.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos 153 prontuários verificou-se uma maior prevalência de pacientes em tratamento HD com Insuficiência Renal Crônica (IRC), com frequência de 93 pacientes, cerca de 60,8%, seguida de pacientes com Insuficiência Renal Aguda (IRA), com frequência de 60 pacientes, cerca de 39,2%, conforme se apresenta no gráfico 01.

Gráfico 1. Classificação dos pacientes com IRA e IRC no Serviço de Terapia Substitutiva (%)



Fonte: NASCIMENTO, 2018.

Estes achados corroboram com os estudos de Marinho et al.¹¹, quando relata que há maior prevalência IRC na população brasileira e esta cresce anualmente. De acordo com Pereira et al.¹² a IRC é considerada um problema de saúde pública no mundo, e o número de portadores aumenta de forma global. Quando falamos em nível nacional, as taxas de incidência e prevalência de IRC crescem de forma acelerada, com uma taxa de prevalência de tratamento dialítico de 596 pacientes por milhão da população (pmp), conforme dados apresentados pelo Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) em 2017.

Ainda de acordo com o referido censo o número total de pacientes em diálise crônica no Brasil em 1º de julho de 2017 foi estimado em 126.583. Esse número indica aumento de 3% (3.758 pacientes) em um ano. Ao se realizar a comparação de três períodos de 5 anos (2002 a 2017), o aumento médio anual do número de pacientes foi de 4.960 de 2002 a 2007 (~51% em cinco anos), 4.796 de 2007 a 2012 (32,6%) e 5.799 de 2012 a 2017 (29,7%). Ressalta-se que as causas primárias da doença renal crônica (DRC) terminal em 2017 foram hipertensão (34%) e diabetes (31%), não sendo observada

nenhuma mudança significativa nessas proporções de diagnósticos primários nos últimos anos.¹³

Diante do panorama apresentado acima, a prevenção da progressão da DRC precisa ser focada nos fatores de risco, estas se dão por meio de orientações específicas que estejam de acordo com a realidade do cotidiano do paciente dialítico, bem como de quem convive e troca decisões a respeito do agravo e tratamento. Nessa perspectiva, a equipe de saúde, em particular a enfermagem, tem fundamental importância visto que possui em sua atuação ações preventivas, tais como intervenções orientadas a evitar o surgimento de agravos específicos, estimulando a melhoria das condições clínicas, psicológicas e sociais do paciente em HD.

¹⁴

4. CONCLUSÃO

O dado apresentado neste estudo mostrou existir uma maior prevalência de IRC entre os prontuários de pacientes dialíticos em uso de CVC proveniente do Serviço de Terapia Substitutiva de um hospital referência na região norte do Ceará, em consonância com este resultado estão os dados apresentados pelo Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia em 2017, que mostrou um aumento contínuo no número de pacientes com DRC em diálise.

Este resultado ratifica a importância da adoção de medidas que possam minimizar os agravos da DRC, além de se pensar em medidas capazes de evitar o surgimento desta. Algumas ações eficazes seriam o controle da pressão arterial,

dos níveis glicêmicos e do peso, visto que são doenças de base associadas à DRC. É nesse cenário que os profissionais de saúde, de modo especial a

enfermagem, que está na linha de frente do cuidado, têm a possibilidade de desenvolver práticas de saúde mais eficazes, na perspectiva do cuidar.

5. FONTE DE FINANCIAMENTO

Este estudo não contou com auxílio financeiro de nenhuma instituição, e os recursos e demais custos, necessários para a realização do projeto, foram financiados pelos pesquisadores, sem acarretar nenhum ônus para a instituição que sediou o estudo, nem para o orientador.

6. DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Nenhum conflito a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
3. Sousa MRG, Silva AEBC, Bezerra ALQ, Freitas JS, Neves GE, Paranaguá TTB. Prevalência de Eventos Adversos em uma Unidade de Hemodialise. *Rev. Enferm. UERJ* [Internet] 2016. [acesso em 2018 nov 21]; 24(6):1-8. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n6/v24n6a09.pdf>.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e

Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

5. Porto JR, Gomes KB, Fernandes AP, Domingueti CP. Avaliação da Função Renal na Doença Renal Crônica. *Revista Brasileira de Análises Clínicas* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 nov 21]; 49(1): 26-35. Disponível em <http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2017/06/RBAC-1-2017-ref.-320.pdf>.
6. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. *Sociedade Brasileira de Nefrologia* [Internet] 2017 [acesso 2018 nov 14]; 39(3): 261-266. Disponível em: <http://www.jbn.org.br/details/1962/pt-BR/inqueritobrasileiro-de-dialise-cronica-2016>.
7. Araújo JB, Souza Neto VL, Anjos EU, Silva BCO, Rodrigues IDCV, Costa CS. Cotidiano de Pacientes Renais Crônicos Submetidos à Hemodialise: expectativas, modificações e relações sociais. *Revista Online de Pesquisa* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 nov 21]; 8(4): 4996-5001. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4404/pdf_1
8. Marconi MA, Lakatos EM. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
9. Flick U. *Introdução à Metodologia de Pesquisa: Um Guia para Iniciantes*. Porto Alegre: Penso, 2012.
10. Gauna TT. *Infecção de Corrente Sanguínea em Pacientes Renais Crônicos Com Cateter Venoso Central [dissertação]*. Campo Grande: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS; 2013.
11. Marinho CLA, Oliveira JF, Borges JES, Silva RS, Fernandes FECV. Qualidade de Vida de Pessoas com Doença Renal Crônica em Hemodiálise. *Rev Rene* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 nov 21]; 18(3): 396-403. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000300016>.
12. Pereira ERS, Pereira AC, Andrade GB, Naghettini AV, Pinto FKMS, Batista SR, et al. Prevalência de Doença Renal Crônica em Adultos Atendidos na Estratégia de Saúde da Família. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 nov 21]; 38(1): 22-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20160005>.
13. Thomé FS, Sesso RC, Lopes AA, Lugon JR, Martins CT. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. *J. Bras. Nefrol* [Internet]. 2019 [acesso em 2019

jul 7]. Disponível em: http://scielo.br/pdf/jbn/2019nahead/pt_2175-8239-jbn-2018-0178.pdf. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.31921>.

14. Menezes HF, Rosas AMMT, Camacho ACLF, Souza, FS, Rodrigues BMRD, Silva, RAR. Significado das ações educativas na consulta de enfermagem para clientes renais crônicos e familiares. Rev. Enferm. UERJ [Internet]. 2018 [acesso em 2019 jul 18]; 26: 1-6.

ACOMPANHAMENTO DE IDOSA COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE: RELATO DE CASO

Sara Borges Oliveira¹; Nathália Cristina Comar¹; Divina Neias Ferreira²

Resumo: Apesar de muito se falar em medo e ansiedade, pouco se comenta sobre os transtornos advindos destes sentimentos e sobre o grupo que vêm sendo acometido por tais psicopatologias que são os idosos. Os esforços em pesquisas, têm se voltado para as crianças e adolescentes, deixando de lado este grupo que é tão carente de afeto e cuidado constante. Por se tratar de indivíduos e de doenças que apresentam comorbidades é de suma importância colocar na balança os riscos e benefícios dos tratamentos disponíveis. Nesse intuito abordaremos não só como funciona alguns tipos de transtornos psíquicos, como também sobre uma intervenção não farmacológica que é a terapia psicológica, com melhoria da qualidade de vida dessa população acometida.

Palavras-chave: Transtorno de Ansiedade; Ataque de Pânico; Medo; Terapia Psicológica.

Abstract: Although there is a lot of talk about fear and anxiety, little is said about the disorders arising from these feelings and about the group that have been affected by such psychopathologies as the elderly. Research efforts have focused on children and adolescents, leaving aside this group that is so lacking in affection and constant care. Because they are individuals and diseases that have comorbidities, it is extremely important to put the risks and benefits of available treatments in the balance. In this purpose we will address not only how some types of psychic disorders work, but also about a nonpharmacological intervention that is psychological therapy, with an improvement in the quality of life of this affected population.

Keywords: Anxiety Disorder; Panic attack; Fear; Psychological therapy.

1. Graduandas de medicina pela Faculdade Alfredo Nasser, Aparecida de Goiânia, Goiás.

2. Preceptora de estágio em Estratégia de Saúde da Família pela Faculdade Alfredo Nasser, Aparecida de Goiânia, Goiás.

1. INTRODUÇÃO

Transtornos de Ansiedade – são aqueles que partilham das mesmas características como medo, ansiedade em excesso, perturbações relacionadas a estes. Apesar de acometerem ambos os sexos, é mais visto em mulheres. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5), “medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação da ameaça futura” (p.189). Ainda de acordo com este manual, citaremos alguns tipos de transtornos de ansiedade, descrito por eles.

Ataques de pânico – Apesar de não ser um transtorno mental, estão dentro dos transtornos de ansiedade apesar de serem vistos em outros transtornos mentais e é um tipo particular de resposta ao medo, ocorrem em surtos esperados ou inesperados e para caracteriza-lo é necessário ter quatro ou mais sintomas como: taquicardia, sudorese, tremores, falta de ar, dor no peito, náusea, tontura ou desmaio, calafrios ou ondas de calor, formigamento.

Transtorno de Ansiedade de Separação – configura-se através do medo e ansiedade excessivos envolvendo o afastamento do seu lar e de pessoas amadas. Pensa e se preocupa com o bem-estar ou a morte destes, com seu paradeiro, querem estar em contato constante com eles. Pode estar ligado a sentimentos de si próprio como morrer, sofrer um acidente, ser sequestrado chegando a ter pesadelos com tais acontecimentos.

Transtorno de Ansiedade Generalizada – nesse transtorno, o indivíduo se preocupa muito com tudo que acontece ou permeia sua vida e a vida de seus entes queridos, o tempo todo e em excesso.

Fatos do cotidiano como tarefas domésticas, ou ainda responsabilidades do trabalho, finanças, saúde própria, dos filhos ou da família, segurança deles, alguma fatalidade que possa ocorrer com os mesmos... quanto mais tipo de preocupações que atrapalhem seu rendimento diário, mais fácil é de se encaixar nesse tipo de transtorno. Além da ansiedade e do medo presente em todos os transtornos, é necessário que se tenha três ou mais dos seguintes sintomas: irritabilidade, sensações de “branco” na mente, tensão muscular, inquietação, nervos a flor da pele, dificuldade de concentração, perturbação do sono.

2. METODOLOGIA

Escolhemos a metodologia da problematização com o Arco de Magueréz e suas cinco etapas norteadoras no processo de aprendizagem e pesquisa que nos fez confrontar outro tipo de realidade, a qual ainda não havíamos tido contato, nos fazendo refletir e procurar soluções que se adaptem melhor à realidade de nossa paciente em questão, levando em conta os determinantes sociais e nas condições de vida da mesma.

As etapas são sequenciais e ordenadas começando pela observação da realidade, seguida de pontos chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Todas elas serão melhor abordadas adiante.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Relato de Experiência com o uso do Arco de Maguerez

1- Observação da Realidade

A.P.S, paciente do sexo feminino, 61anos, casada, já trabalhou como cozinheira, mas atualmente é dona de casa, natural de Paranaguá – Paraná, é a terceira filha de sete, nascida de parto normal, em casa e sem intercorrências. Na infância desenvolveu pneumonia por volta de um ano de idade, além de caxumba, sarampo e catapora. Mamou em sua mãe até um ano e não se recorda de outras informações deste período. Teve sua menarca aos 11 anos e sua sexarca aos 16 com o atual marido. Já adulta teve cinco gestações com 4 partos normais e um aborto (G5 P4 A1), amamentando todos os filhos até aproximarem-se de cinco anos de idade. Menopausada há dois anos com sintomas característicos do climatério. História dos antecedentes familiares: mãe faleceu com 86 anos portadora de diabetes e HAS, teve IAM; pai faleceu aos 59 anos e teve Acidente Vascular Encefálico (AVE), e também era portador de HAS; duas irmãs diabéticas e um irmão diabético, portador de HAS e gastrite. Uma de suas filhas teve câncer de mama aos 38 anos de idade. Suas principais queixas nas nossas visitas foram de pânico, insegurança, fadiga, mal-estar, medo de lugares fechados. História da moléstia atual: há dois anos atrás a filha foi morar na Bélgica e desde então começou com quadro de ansiedade por não poder estar com a filha. Referiu 2 episódios de “surto de ansiedade”. De acordo com o relato da mesma sobre sua história médica, teve um infarto agudo do miocárdio (IAM) em 12

de agosto de 2017 (um ano atrás) quando deixou de ser cozinheira, angioplastia com stent, enxaqueca frequentemente, além de possuir diabetes tipo I e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Refere que sempre foi uma pessoa ansiosa, porém, nunca havia apresentado esses episódios de pânico até dois anos atrás.

Ao exame psiquiátrico a mesma se apresentava com bom estado geral (BEG), higiene preservada, roupas apropriadas para a idade, sem tiques à psicomotricidade, contactuante e colaborativa. As características e progressão da fala estavam normais, diante da forma de pensamento demonstrava sofrimento e ansiedade, cujos conteúdos eram sobre coisas ruins, onde as notícias do dia a dia a incomodavam. No que se refere ao senso-percepção havia ausência de delírios e alucinações. Afetividade e Humor: deprimida, ansiosa, chora todos os dias, possui discurso organizado. Atenção, Concentração, Memória e Orientação: adequados e preservados. Consciência: possui medo de realizar qualquer tarefa/atividade sozinha, não consegue nem ir ao banheiro e fechar a porta por falta de segurança. Capacidade Intelectual: estudou até a 7ª série (6º ano hoje em dia), e lia com frequência até um ano atrás quando perdeu o interesse. Juízo Crítico da Realidade: Possui medo constante de que ela ou alguém da família sejam atingidos por algo ruim, coisas como as que ela ouve diariamente pelo rádio ou na TV. Relata ainda que logo após o IAM, tinha medo de adormecer e não acordar mais. Outro acontecimento que a marcou foi um acidente de moto que ela presenciou e pensou que se tratava de seu filho.

Ao exame físico PA 160 x 90 mmhg, 82Kg,

1,60mts, IMC:32 – obesidade I, saturação 90%, FC 83bpm. Cabeça: couro cabeludo, olhos, globo ocular, conjuntiva ocular e esclera, íris e pupilas, conjuntiva palpebral, seios paranasais, orelha e boca - sem alterações. Pescoço: sem alterações. Tórax: sem alterações, respiração costo torácica, murmúrios vesiculares presentes sem ruídos adventícios, som claro pulmonar. Ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular em 2 tempos e bulhas normo fonéticas. Abdome: não foi possível avaliar. Realizado o exame Mini Mental com pontuação: 24/30

2- Pontos Chave

Após estabelecer alguns aspectos essenciais do nosso caso, elegemos alguns pontos prioritários a fim de se chegar a uma solução para os mesmos, e são eles:

Diante do exposto, vislumbra-se necessidades reais para todos os questionamentos e indagações psicológicas de nossa paciente. Fica claro para nós que não é apenas o fato de estar longe da filha que a aflige, mas também o medo talvez oculto de morrer ou de que algo aconteça consigo mesma que a impeça de ter um último contato com os filhos, ou ainda medo de estar sozinha caso algo dessa natureza venha acontecer, fato esse firmado pelo IAM que a mesma teve.

Quando trabalhava como cozinheira, além do tempo investido no trabalho, ainda era necessário chegar em casa e ter os afazeres do lar. Depois de ter sido acometida pelo infarto, a mesma se sentiu impossibilitada de voltar as atividades laborais remuneradas, ficando com tempo ocioso para estar à frente da TV e do rádio por mais tempo, recebendo assim, mais informações sobre tragédias e catástrofes.

Outro fator relevante é o peso/IMC de nossa paciente que se apresenta no grau I da obesidade, isso se deve ao fato de estar em casa por mais tempo e na frente da TV, levando ao consumo desregulado e aumentado de alimentos. Isso se torna ainda mais preocupante diante do fato da mesma possuir diabetes e ser hipertensa.

Mesmo não exposto na descrição da realidade observada, nossa paciente não possui ou frequenta grupo de amigas, nem da vizinhança, nem do trabalho em que atuava. Sua comunicação com o meio externo é praticamente nula, deixando-a ainda mais reclusa em sua casa.

3- Teorização

Na introdução deste trabalho, demos uma breve elucidada acerca dos transtornos que se encaixam no quadro clínico da paciente, pois existe comorbidades onde, os pacientes que preenchem os requisitos para determinado tipo de transtorno, certamente satisfaz os critérios para outro modelo de transtorno mental (p.226), porém, sempre há sinais e sintomas que apontam para um diagnóstico mais preciso, que neste caso específico se dá pelo Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).

O TAG é um dos transtornos psiquiátricos mais subdiagnosticados. Raramente os pacientes procuram diretamente um profissional de saúde mental, preferindo o clínico geral ou médicos de outras especialidades. A queixa predominante é de sintomas físicos vagos e que não caracterizam uma enfermidade bem definida. (ZUARDI, 2017, p.52)

Segundo da Rocha et.al., (2016), as pessoas que vivenciam a velhice de forma desfavorável, e que se abstém das atividades diárias, dos

relacionamentos interpessoais, apresentam maiores chances de experimentarem a ansiedade, e os traços mais comuns observados dentro deste contexto são angústia, apreensão, insônia, irritabilidade, falta de concentração, esquecimentos, dores de cabeça, dores musculares, tontura, taquicardia e formigamento. A depender da gravidade desses sintomas, os mesmos podem abalar a vida da pessoa, por estar sempre pensando exageradamente como tudo que a permeia poderá dar errado e acabar em catástrofe, gerando uma percepção negativa da realidade, interferindo assim na sua forma de raciocinar e compreender as situações, perdendo também boa parte da sua atenção. (p.34)

Quando uma pessoa é submetida a uma situação a qual foi desagradável, provocando um enorme grau de ansiedade, então quando submetido a situações parecidas irá associar o sentimento de ansiedade com o evento ocorrido. A exposição de estímulos aversivos produz uma resposta de ansiedade, juntamente com sintomas somáticos, gerados no sistema nervoso autônomo. [...] o medo aprendido não apenas gera respostas de defesa, mas permite que estímulos ambientais associados também o façam. (GUIMARÃES, et al. 2015, p.117)

A todo momento nos confrontamos com a informação de que a população mundial está envelhecendo e que a expectativa de vida da população está aumentando de maneira significativa, e isso nos leva a pensar com mais cautela sobre a qualidade de vida desses indivíduos que agora, com a idade, estão mais limitados fisicamente, onde o convívio com a sociedade diminui consideravelmente justamente por suas limitações físicas como a dificuldade de locomoção, diminuição da acuidade visual e

auditiva, além de uma dependência maior de terceiros, geralmente membros da família, ou seja, perdem sua autonomia perante si e suas vontades, gerando assim uma ansiedade exacerbada apoiada nas seguintes preocupações: medo de morrer sozinho, de precisar de ajuda e não conseguir chamar alguém, medo de estar dando trabalho demais para a família, preocupação acerca das despesas financeiras com médicos, remédios e tratamentos; sentem angústia por se sentirem dessa forma e ainda assim não conseguem mudar o quadro atual sozinhos, sentindo-se fracassados, vencidos, impotentes. E todo esse emaranhado de sentimentos que permeiam suas mentes de forma contínua é difícil de ser controlada e/ou evitada por eles dentro da TAG.

No manual DSM-5, o idoso ainda permanece desconfigurado e ausente de conclusões, no entanto, os dados brasileiros apontam em outra direção. Barreto e Fermoselli, (2017) após concluírem sua pesquisa, perceberam que a depressão é muito frequente em idosos, especialmente naqueles que não possuem atividades de lazer e nem praticam qualquer tipo de atividade física, aumentando assim tanto os sintomas relacionados a ansiedade, quanto dos de depressão. Outro ponto abordado por eles é que apesar de existir a Política Nacional de Pessoa Idosa aprovada pelo Ministério da saúde em 2006, que visa garantir uma melhora na qualidade de vida, suprir não só as necessidades básicas como também a saúde o lazer e a moradia, esta não está sendo feita de maneira igualitária. (p.809).

Cunha (2014), discorre em sua monografia que historicamente, esses transtornos de ansiedade eram considerados uma patologia juvenil, contudo, nos dias atuais, essas doenças são mais prevalentes

que as próprias demências no idoso. Porém, a apresentação clínica nesses indivíduos é mais sutil, pois nos idosos ocorrem somatizações psíquicas, tornando o diagnóstico e o tratamento um pouco mais difícil. (p.11)

E quais as maiores consequências para o indivíduo nesse quadro específico?

A preocupação excessiva prejudica a capacidade do indivíduo de fazer as coisas de forma rápida e eficiente, seja em casa, seja no trabalho. A preocupação toma tempo e energia; os sintomas associados de tensão muscular e sensação de estar com os nervos à flor da pele, cansaço, dificuldade em concentrar-se e perturbação do sono contribuem para o prejuízo. O transtorno de ansiedade generalizada está associado a incapacidade e sofrimento significativos que são independentes dos transtornos comórbidos, e a maioria dos adultos não institucionalizados com o transtorno tem incapacidade moderada a grave. (DSM-5, 2014, p.225)

4- Tratamento

A maioria das pessoas não procuram ajuda psicológica para superar esse medo e ansiedade constantes, uns por não achar necessário, outros por não serem devidamente diagnosticados, outros ainda por falta de tempo, falta de uma pessoa que possa levar ou até mesmo por medo de procurar. E nesse aspecto é de extrema importância o entendimento da família para a complexidade do quadro, de maneira que o cuidado a essa pessoa seja eficaz, contínuo e acolhedor, evitando um agravamento na situação e uma possível tentativa de suicídio.

Brentini et. al., (2017) discorre acerca do tratamento não farmacológico e sobre a resistência em aceitar que seu sintoma provém de um

transtorno mental. A psicoeducação se se faz necessária nesses quadros, explicando de maneira clara a sintomatologia e o tratamento para uma adesão maior desses indivíduos. Se os mesmos começarem dispostos a reduzir o uso de estimulantes como a cafeína, nicotina e começarem a praticar exercícios físicos regularmente, já estarão auxiliando os profissionais encarregados. (p.243)

Ainda seguindo a linha não farmacológica para tratarmos esses indivíduos, como primeira opção nesse tipo de transtorno, uma abordagem psicoterápica muito utilizada nos TAG é a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), e um dos motivos para isso é que ela se destaca das demais por dar a devida atenção à importância que existe do pensamento sobre o comportamento, o ambiente, sobre a biologia e o afeto (MOURA et.al., 2018). Ela é trabalhada em curto prazo com média de 5 a 20 sessões, focando diretamente no problema em si que é corrigir as,

[...] distorções cognitivas que a pessoa tem de si mesmo, do mundo e do futuro, buscando organizar a perturbação no pensamento que está por trás dos transtornos, proporcionando ao sujeito maior controle e domínio de si, ajudando-o a ver seu problema sob um novo ângulo. (MOURA et.al., 2018, p.425)

Mesmo diante de uma terapia mais precisa, curta e assertiva é necessário empenho e compromisso da pessoa para que haja êxito, disponibilidade de tempo, capacidade de auto-observação, estar motivado. Caso o paciente não tenha tais requisitos, o médico deverá procurar outras formas de abordar, orientar, aconselhar, recomendar exercícios físicos, algumas técnicas de relaxamento, antes de pensar em prescrever algum

medicamento. (ZUARDI, 2017, p.53)

5- Hipóteses de Solução

Algumas medidas se fazem necessárias para a melhora da qualidade de vida desta paciente. Elaboramos algumas hipóteses que podem ser aplicadas dentro deste contexto. A primeira da lista será a Terapia Psicológica e acompanhamento em algum Centro de Acompanhamento Psicossocial (CAPS), onde ela terá um grupo de apoio e pessoas que passam por experiências semelhantes de vida, profissionais capacitados para esse tipo de situação, lidarão com facilidade frente as adversidades psicológicas de nossa paciente.

Após conseguirmos esse apoio psicológico profissional, existem algumas medidas que podem ser colocadas em prática dentro do próprio lar dela como:

Se desligar um pouco da TV e emissoras de rádio de cunho jornalístico e encontrar algum hobby que a distraia (artesanato, crochê, culinária saudável...);

Realizar exercícios leves por 30 minutos ao dia de preferência no período da manhã (caminhada no bairro, alongamentos);

Praticar uma mudança no estilo de vida (maior consumo de água, menor ingestão de carboidratos, horário certo para dormir), criar uma rotina mais apropriada, uma alimentação mais saudável e nos horários corretos, sem beliscar ou lanchar fora dos horários;

E para finalizar, procurar interagir mais, com amigas, vizinhas, colegas que eram do trabalho (sair um pouco de casa, ou ainda receber essas amigas em casa com maior frequência). Manter um pouco mais de contato social, escutar outras experiências de vida.

6- Aplicação à Realidade

O primeiro ponto chave que abordamos e também aquele que consideramos mais importante, foi conseguido. A paciente está fazendo terapia e sendo acompanhada pelo Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e a mesma tem sentido melhora significativa dos sintomas.

Mesmo obtendo êxito no ponto central, decidimos na nossa última visita, abordarmos os outros temas relativos à sua melhora. Incentivamos um tempo menor na frente da TV nos horários dos noticiários e de programas sensacionalistas, além de orientá-la a trocar de emissora de rádio assim que esta começar também com esse tipo de programação, no intuito de procurar outra rádio com música que lhe satisfaça e traga relaxamento, pois música faz bem para o corpo e para a mente.

Em relação a alimentação ela se sentiu um pouco indisposta em mudá-la, uma vez que a mesma sempre trabalhou com isso e ama a variedade de alimentos que faz, incluindo massas como pães, roscas, bolos e outras quitandas. A quantidade de água ingerida está de acordo com o mínimo indicado para um adulto (2lts/dia). Outra boa notícia é que após iniciar as sessões de terapia, se sente mais disposta e já está fazendo caminhadas matinais, onde fez novas amizades, já não ficando tanto tempo mais trancada em casa sem contato com o mundo exterior.

4. CONCLUSÃO

Tanto a ansiedade como os transtornos mentais são invariavelmente as disfunções emocionais que mais tem afetado a população em geral nos últimos anos. Não estamos falando somente de crianças ou adolescentes como a

maioria das literaturas abordam, mas também de pessoas idosas que se sentem incapazes, inseguros e infelizes diante de tanto estresse e cobrança do dia a dia. Toda essa enxurrada de informações, traz consigo uma série de prejuízos em todas as áreas dinâmicas da vida de um indivíduo.

Apesar de pouco encontrarmos sobre a TAG em idosos, conseguimos reunir informações suficientes que embasassem nosso relato de caso vivido durante todo esse semestre além de poder contar com a boa vontade e um grau acentuado de motivação por parte de nossa paciente em seguir a maior parte de nossas orientações e estar melhor e mais feliz ao final dessa pesquisa.

“A preocupação toma tempo e energia”.
(DSM-5).

5. CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

- BRENTINI, L.C. et al. Transtorno de ansiedade generalizada no contexto clínico e social no âmbito da saúde mental. *Nucleus*, v.15, n.1, p.237-247, abr.2018
- CUNHA, A.L.A. Tratamento da ansiedade no idoso. Projeto de opção do 6º ano – Mestrado Integrado de Medicina – Faculdade de Medicina Universidade do Porto – FMUP. Mar.2014.
- Da Rocha FN, Andrade BBSA, Marques MM, dos Santos, Bartholo MEC, do Couto EE. Alimentação Saudável, uso de plantas medicinais e controle da ansiedade: sua importância para a qualidade de vida na velhice. *Revista Fluminense de Extensão Universitária*. 2016 Jan./Dez.;06 (1/2): 25-35.
- GUIMARÃES, A.M.V et al. Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência sobre as fobias específicas e a importância da ajuda psicológica. *Revista Ciências Biológicas e da Saúde*, Maceió, v.3, n.1, p.115-128, nov.2015.
- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al.]. – 5. Ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.
- Maximiano-Barreto, Madson Alan, de Oliveira Fermoseli, André Fernando, PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM IDOSOS DE BAIXA ESCOLARIDADE EM MACEIÓ/AL. *Psicologia, Saúde e Doenças* [en linea] 2017, 18 [Fecha de consulta: 23 de noviembre de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36254714014> > ISSN 1645-0086
- MOURA, I.M. et al. A terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*. Ariquemes: FAEMA, v.9, n.1, p.423-441, jan./jun., 2018.
- VILLARDI, Marina & BERBEL, Neusi aparecida. A metodologia da problematização no ensino em saúde. São Paulo, editora UNESP, 2015.
- ZUARDI, A. Características básicas do transtorno de ansiedade generalizada. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, v. 50, n. supl1., p. 51-55, 4 fev. 2017.

CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO: UMA AÇÃO EDUCATIVA

Edina Maria Araújo¹, Anna Karoline Lopes Magalhães¹, Alesandro Lima de Vasconcelos¹, Débora Pinheiro Cisne¹, Eliane Cruz do Nascimento¹, Monalisa Mesquita Arcanjo¹, Idia Nara de Sousa Veras¹, Quiriane Maranhão Almeida¹.

RESUMO: O Câncer do colo do útero, apesar de prevenível e tratável, ainda é o responsável pela morte de cerca de 5 mil mulheres por ano no Brasil. Este trabalho teve como objetivo relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem sobre uma ação educativa relacionada a prevenção do câncer ginecológico a mulheres de uma Unidade Básica de Saúde. Trata-se de um relato de experiência de uma atividade educativa, realizada durante a prática dos estágios supervisionados da disciplina de Saúde Coletiva II, a partir de uma palestra direcionada à mulheres de várias idades, que aguardavam por atendimento em uma Unidade Básica de Saúde no interior do Ceará. O momento de aconselhamento discorreu a partir da explicação e demonstração de temas ligados a prática da prevenção do câncer do colo uterino, dentre eles, a anatomia do útero, infecção pelo HPV, fatores de risco, prevenção e o autocuidado com o corpo. Abordando todo processo para realização do exame Papanicolau e incentivando-as a propagar o conhecimento ali adquirido. A ação teve como resultado participantes atentas e interativas, as quais compartilharam com perguntas e experiências vivenciadas. Sendo que ao final da intervenção, a maioria mostrou interesse em realizar o exame, assim como serem multiplicadoras das informações recebidas. Conforme o exposto, evidenciou-se a necessidade do desenvolvimento de ações de educação em saúde, para que as mulheres compreendam melhor o significado do exame e busquem sua realização como preconizado pelo Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Câncer de Colo de Útero, Educação em Saúde, Enfermagem.

ABSTRACT: Cancer of the cervix, although preventable and treatable, is still responsible for the death of about 5,000 women a year in Brazil. This study aimed to report the experience of nursing students about an educational action related to the prevention of gynecological cancer in women from a Basic Health Unit. This is an experience report of an educational activity carried out during the practice of the stages supervised the discipline of Collective Health II, from a lecture directed at women of various ages, who waited for attendance at a Basic Health Unit in the interior of Ceará. The timing of counseling was based on the explanation and demonstration of topics related to the practice of prevention of cervical cancer, including uterine anatomy, HPV infection, risk factors, prevention and self-care with the body. Approaching every process to perform the Papanicolau exam and encouraging them to propagate the knowledge acquired there. The action resulted in attentive and interactive participants, who shared with experienced questions and experiences. Being that at the end of the intervention, the majority showed interest in carrying out the exam, as well as being multiplying the information received. According to the above, the need for the development of health education actions was evidenced, so that the women understand better the meaning of the exam and seek its fulfillment as recommended by the Ministry of Health.

Keywords: Cervical Cancer, Health Education, Nursing.

¹ Centro Universitário INTA – UNINTA, Sobral, Ceará, Brasil.

1. INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU), apesar de prevenível e tratável, ainda é o responsável pela morte de cerca de 5 mil mulheres por ano no Brasil. Considerado um problema de Saúde Pública mundial, principalmente nos países em desenvolvimento, onde cerca de 85% dos novos casos e de mortes ocorrem, predominantemente em classes economicamente desfavorecidas. Trata-se da segunda neoplasia maligna mais comum entre as mulheres no Brasil e apresenta um desenvolvimento lento e silencioso, que pode levar até 14 anos para ter sua evolução total¹⁻².

Sua detecção precoce é plenamente justificável, pois a cura pode chegar a 100% dos casos e, muitas vezes, em nível ambulatorial¹. Com cerca de 500 mil casos novos por ano, o CCU é responsável, aproximadamente, por 230 mil mortes no mundo. No Brasil, o número de casos novos deste câncer, estimados em 2016, é de 16.340, com risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres³⁻⁴.

Este tipo de câncer, além de ser considerado um estigma, é uma doença que atinge um órgão repleto de simbolismos para a mulher, uma vez que se relaciona com questões inerentes à sexualidade, feminilidade e reprodução. Ao receber o diagnóstico de câncer, a mulher vivencia a expectativa de um futuro incerto, tratamentos longos e agressivos, assim como o medo da morte e da mutilação⁸.

Sabe-se hoje que, para o desenvolvimento da lesão intraepitelial de alto grau e do câncer invasivo de colo de útero, o papilomavírus humano (HPV) é condição necessária, porém, não é causa

suficiente, uma vez que, para o desenvolvimento, a manutenção e a progressão das lesões intraepiteliais faz-se necessária, além da persistência do HPV, sua associação com outros fatores de risco⁴.

O HPV pertence à família dos Papovavírus ou Papovaviridae e é responsável por uma infecção de transmissão sexual, conhecida como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo. Outros fatores de risco merecem ser destacados como a má higiene íntima, o início precoce da atividade sexual, o hábito de fumar e o número excessivo de parceiros sexuais. Sendo assintomático em estágios iniciais, e estes sintomas irão depender da fase em que o tumor se encontra, a maioria das lesões serão descobertas apenas por meio do exame de Papanicolau ou citopatológico, realizado por meio de citologia cervical, que deve ser realizado periodicamente em mulheres que tem ou já iniciou a vida sexual⁵.

É na Atenção Primária que se pode evitar o aparecimento de doenças passíveis de prevenção, como o CCU, sendo as estratégias de educação em saúde, especialmente no que se refere a seus fatores de risco, estímulo ao sexo seguro, correção das deficiências nutricionais e redução da exposição ao tabaco, medidas eficazes. Neste contexto, a Atenção Primária é um componente-chave para a detecção precoce, pois inclui programas de rastreamento sistemáticos, voltados para os grupos etários apropriados e com vínculos eficazes entre todos os níveis de atenção, bem como a educação dos profissionais de saúde e das mulheres, ressaltando os benefícios da realização periódica do exame de Papanicolau⁶⁻⁷.

No que se refere ao exame supracitado, este

permite a identificação de células sugestivas de pré-invasão até lesões malignas, por meio de coloração de lâminas com células cervicais esfoliadas e deve ser realizado por profissionais de saúde, enfermeiros ou médicos, com formação e em capacitação contínua que atuam na Atenção Primária⁶.

A relevância deste relato se deve à necessidade de incentivar as mulheres a comparecerem as consultas de enfermagem e uma melhor adesão ao exame Papanicolau, cabendo aos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, alertar para a necessidade de realização periódica deste exame para diagnóstico precoce da doença. Ressaltando que as intervenções realizadas pelo enfermeiro na Atenção Primária à Saúde, são relevantes para identificação e possibilidade de proporcionar mudanças de comportamentos, hábitos e estilos de vida, assim como a adesão das usuárias às medidas de prevenção.

Assim, diante deste cenário, a educação em saúde é considerada uma estratégia para alcançar resultados eficientes na prevenção do câncer do colo do útero, pois estas ações são fundamentais para uma melhor compreensão das mulheres sobre a importância da prevenção do câncer de colo uterino e do autocuidado, além de proporcionar-lhes um espaço para reflexão sobre a prevenção do câncer supracitado, favorecendo o desenvolvimento de políticas preventivas. Este estudo tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem sobre uma ação educativa relacionada a prevenção do câncer ginecológico a mulheres de uma Unidade Básica de Saúde.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizada por discentes do 6º semestre do curso de Enfermagem do Centro Universitário INTA – UNINTA, em Maio de 2018, desenvolvida durante a prática dos estágios supervisionados da disciplina de Saúde Coletiva II.

O relato de experiência pertence ao domínio social, fazendo parte das experiências humanas, devendo conter tanto impressões observadas quanto conjecturadas. Este tipo de estudo é importante para a descrição de uma vivência particular que suscitou reflexões novas sobre um fenômeno específico. Um exemplo de relato experiência é a descrição de uma nova abordagem de cuidado que levou a reflexões sobre o papel da enfermagem. Neste caso, o foco é a experiência e a reflexão sobre a experiência vivida⁹.

A pesquisa descritiva tem como finalidade conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir para modificá-la. Pode-se dizer que ela está interessada em observar e descobrir fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los¹¹.

Segundo Neves, a pesquisa qualitativa compreende e interpreta fenômenos a partir de seus significantes, o que possibilita uma visão mais ampla dos problemas investigados, fornecendo um enfoque diferenciado para a compreensão da realidade¹¹.

Para o desenvolvimento da referida intervenção educativa, realizou-se, inicialmente

palestras direcionada à mulheres de idades variadas, que aguardavam atendimento em sala de espera de uma Unidade Básica de Saúde no interior do Ceará. Este momento caracterizou-se pela explicação e demonstração de temas ligados a prática da prevenção do câncer do colo uterino, dentre eles, a anatomia do útero, infecção pelo HPV, fatores de risco, prevenção e o autocuidado com o corpo.

Para realização das palestras foram utilizados recursos como peças anatômicas, panfletos e instrumentos da coleta do Papanicolau, que pudessem facilitar o entendimento das mulheres. A atividade foi aprovada e autorizada pelo gerente da Unidade Básica de Saúde, como também, consentida pelas participantes presentes na unidade durante o desenvolvimento das atividades.

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução de Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na qual contêm diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvam seres humanos. Logo, obedeceu-se aos cinco Aspectos Éticos da Bioética conforme o CNS, tais como: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade que visa assegurar os direitos e deveres no que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo do período de desenvolvimento das atividades educativas realizou-se 03 encontros na sala de espera de uma Unidade Básica de Saúde do interior do Ceará, estas foram direcionadas ao

autocuidado e à prevenção do câncer de colo do útero. Participaram da ação educativa 04 acadêmicas de enfermagem e, aproximadamente, 45 mulheres que aguardavam atendimento ou estavam como acompanhantes no referido setor.

Quanto ao CCU, abordou-se os seguintes pontos: localização e funções do útero, conceitos, fatores de risco, exames preventivos, diagnósticos e possíveis tratamentos. Dentro destas temáticas as dúvidas mais recorrentes foram sobre a necessidade de realização do exame de Papanicolau por mulheres histerectomizadas e virgens, o mioma e sua associação com o câncer, a faixa etária em que se deve fazer esse exame. As dúvidas relacionadas ao HPV e sua associação com o câncer de colo de útero e seus fatores de risco.

O exame Papanicolau no Brasil é oferecido nos serviços público e privado de saúde e tem como alvo principal, as mulheres com vida sexual ativa. Mulheres na menopausa, histerectomizadas, grávidas e virgens também podem fazer o exame, mesmo que não possuam vida sexual ativa. Além disso, o Ministério da Saúde preconiza que indispensavelmente as mulheres de 25 a 59 anos realizem o exame¹⁴.

No contexto da atenção à saúde da mulher, observa-se elevada incidência de casos estimados para CCU, em decorrência do significativo número de mulheres que não realizam o Papanicolau, havendo diversos motivos para a não realização do exame. Dentre esses, encontram-se o medo, descuido, incômodo durante realização, comodismo, timidez, falta de tempo, ausência de sintomas, dificuldade de acesso, o que dificulta as estratégias de prevenção e rastreamento precoce

para esse tipo de câncer¹².

Segundo Cestari, afirmam que a prevenção se dá pela detecção precoce das doenças, e o seu tratamento adequado de ações destinadas a diminuir suas consequências. Do outro lado, temos a promoção da saúde que acaba sendo um conceito mais amplo, que foca na transformação das condições de vida e de trabalho e, ela só pode acontecer quando há mudanças na forma de articular e utilizar o conhecimento na construção e operação das práticas de saúde¹³.

Durante a realização da atividade educativa constatou-se que as participantes, de uma forma geral, desconheciam a relação do HPV com o câncer de colo de útero, bem como os fatores de risco associados a este. Muitas vezes, elas mencionaram o exame de Papanicolau como exame preventivo, porém a periodicidade em que deveria ser realizado era desconhecido.

Constatou-se que existe relação do câncer de colo de útero e à infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), porém, existem outros fatores que também podem ser relacionados, como início da vida sexual precoce, atividade sexual com múltiplos parceiros, herança genética, entre outros relatados pela literatura. Existem aproximadamente 140 genótipos diferentes de HPV, todavia, em torno de 40 deles tem poder de infectar o trato genital. O genótipo 16 e 18 são os caracterizados como de maior risco, pois 70% dos cânceres de colo de útero são provocados por esses genótipos¹⁶.

Nesta perspectiva, toda mulher que tem ou já teve vida sexual ativa deve submeter-se ao exame preventivo periódico, especialmente mulheres entre 25 e 59 anos. Inicialmente, o exame

deve ser feito anualmente. Após dois exames seguidos (com um intervalo de um ano) apresentarem resultado normal, o preventivo pode passar a ser feito a cada três anos⁴.

É imperativo que as mulheres conheçam os fatores de risco aos quais possam estar expostas. Para a prevenção do câncer cervicouterino são essenciais as atividades educativas, tendo-se em vista que só de posse dessas informações poderão se prevenir, seja pelo o exame preventivo ou pelo uso de preservativo, promovendo o sexo seguro¹⁷.

Atualmente, a educação em saúde é uma forma de sensibilizar as pessoas para o diagnóstico, o tratamento e a cura. Dessa maneira, cabe aos enfermeiros promover hábitos saudáveis e de prevenção de doenças mediante atividades educativas, instrumento que exerce melhor assistência e qualidade de vida das usuárias¹⁵.

Ao final da intervenção, a maioria mostrou interesse em realizar o exame, assim como serem multiplicadoras das informações recebidas. A carência de conhecimentos em relação ao exame ginecológico, assim como de cuidados relacionados a prevenção do câncer de colo de útero, por parte das participantes da ação, demonstrou a importância do desenvolvimento destas intervenções educativas a fim de minimizar os problemas causados, caso não seja feita uma investigação precoce.

Demonstrando assim, que o conhecimento é relevante para que haja a prevenção do CCU. Por meio desse conhecimento, a segurança é estabelecida e, conseqüentemente, o cuidado com a saúde é concretizado. O conhecimento baseado nas experiências dispõe de um conteúdo repleto de informações relevantes, que colaboram

efetivamente para atitudes e cuidados relacionados a essa patologia que acomete grande número de mulheres.

4. CONCLUSÃO

Conforme o exposto evidenciou-se a necessidade do desenvolvimento de ações de educação em saúde, para que as mulheres compreendam melhor o significado do exame e busquem sua realização como preconizado pelo Ministério da Saúde. As abordagens de educação em saúde permitem a troca de saberes entre os palestrantes e os ouvintes.

É atribuição do enfermeiro a capacitação do indivíduo, o estímulo e a promoção ao autocuidado, cabendo a ele o incentivo a práticas como o exame de Papanicolau. Percebeu-se que, apesar de não saberem exatamente do que se trata, a maioria das participantes conhecia o exame supracitado, porém, desconheciam as finalidades, técnicas corretas para realização, periodicidade e melhor época para fazê-lo.

Algumas mulheres evidenciaram sentir-se constrangidas durante a realização do exame de Papanicolau, fazendo disso um motivo para a não realização do exame. Faz-se, então, necessária a realização de outras atividades educativas para maior orientação a respeito de tais práticas. Na atenção básica, onde ocorre esse trabalho preventivo, o enfermeiro tem o papel de fortalecer o vínculo entre o serviço e suas usuárias, favorecendo a compreensão da prevenção do câncer de colo de útero e atendendo, dessa forma, as principais necessidades das mulheres.

A educação em saúde para a população em que a atenção básica está inserida é um

instrumento importante para a prevenção de doenças e agravos e a promoção da saúde, pois é assim que os profissionais fornecerão mais informações sobre formas de transmissão do HPV, sua relação com o câncer de colo de útero e como interromper a contaminação pelo vírus com o uso de camisinha. O conhecimento adquirido pelas usuárias poderá reforçar seu autocuidado, prevenindo-se contra a doença.

Deste modo, educar, ensinar e informar as mulheres quanto às medidas de prevenção do agravo é também conscientizá-las de seu papel de sujeitos responsáveis por sua saúde e bem-estar. Investir em ações educativas quando se fala em câncer de colo uterino é também diminuir a percentagem de novos casos e garantir melhor qualidade de vida às mulheres acometidas pelo agravo.

5. CONFLITOS DE INTERESSE

Nada a declarar.

6. REFERÊNCIAS

1. Sales LKO. Estudo da sobrevida e fatores prognósticos em mulheres com câncer de colo de útero, no Rio Grande do Norte, Brasil. [Tese de Mestrado]. Rio Grande do Norte: Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, curso de Saúde e Sociedade, Universidade do Rio Grande do Norte; 2015.
2. Frigo LF, Zabarda SO. Câncer de colo de útero: efeitos do tratamento. Rev Cinergis. 2015; 16(3):164-8.
3. Salimena, AMO, Oliveira, MTL, Paiva, ACPCM. Mulheres portadoras de Câncer de Colo de Útero:

- percepção da assistência de enfermagem. *Rev Enferm Cent.-Oeste Min.* 2014; 4(1): 909-20.
4. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2016. [acesso em 2019 jul 02]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>.
5. Panobianco MS, Lima ADF, Oliveira ISB, Gozzo TO. O conhecimento sobre o HPV entre adolescentes estudantes de graduação de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem.* 2013; 22(1): 201-7.
6. Pinho AA, França-Júnior I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2013; 3(1): 95-112.
7. Cirino FMB, Nichita LYI, Borges ALV. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo de útero e HPV em adolescentes. *Rev Enferm Esc Anna Nery.* 2010; 14(1): 126-34.
8. Oliveira AC. et al. Fatores de risco e proteção à saúde de mulheres para prevenção do câncer uterino. *Rev Rene.* 2014; 15(2): 240-8.
9. Lopes MVO. Sobre estudos de casos e relatos de experiências. 2015. [acesso em 2019 jul 02]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3240/324027983001/>.
10. Gil AC. Como Elaborar Projeto de Pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2017.
11. Neves JL. Pesquisa Qualitativa – Características, usos e possibilidades. São Paulo; 2011.
12. Carvalho BA, Falavigna MF, Silva MF, Frazilli RTV. Exame Papanicolaou: percepção de acadêmicas de enfermagem do Vale do Paraíba. *Rev Eletr Enferm Vale do Paraíba.* 2015; 1(8): 43-62.
13. Cestari MEW. A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o século XXI. *Rev Bras Enferm.* 2015; 2(58): 218-21.
14. Albuquerque VR, Miranda RV, Leite CA, Leite MCA. Exame preventivo do cancer de colo do útero: conhecimento de mulheres. *J Nurs UFPE online.* 2016; 10(Supl 5): 4208-18.
15. Diógenes MAR, Linard AG, Teixeira CAB. Comunicação, acolhimento e educação em saúde na consulta de enfermagem em ginecologia. *Rev Rene.* 2015; 11(4): 38-46.
16. Oliveira ARN, Nóbrega MM, Caldas MLS, Nobre JOC. Conhecimento das gestantes sobre o exame citopatológico. *Arq Ciênc Saúde.* 2016; 23(3): 62-6.
17. Neves KT, Oliveira AWM, Galvão TRAF, Ferreira IT, Mangane EM, Souza LB. Percepção de usuárias acerca do exame de detecção precoce do câncer de colo uterino. *Cogitare Enferm.* 2016; 21(4): 01-07.

ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Tallita Rodrigues Suriani¹, Sara Borges Oliveira¹, Dirceu Alves Carvalho¹, Núbia Aguiar Marinho².

RESUMO: Desde os primórdios tem-se relatos de algum tipo de atendimento rápido à pessoa enferma, seja de forma aguda (acidentes, traumas, IAM – Infarto Agudo do Miocárdio, AVE – Acidente Vascular Encefálico, partos, hipoglicemia, entre outros), ou uma complicação inesperada de algum acometimento já crônico (TEP – Tromboembolismo Pulmonar por exemplo), afim de preservar a vida, de início pelo instinto mesmo. O que notou-se com o decorrer do tempo, foi como esses “socorros” eram inconsistentes e errôneos, seja pela forma como eram transportados, seja pela higiene provida, pelas manobras feitas, pelos recursos e materiais que eram utilizados, podendo até exacerbar o quadro atual do indivíduo acometido. Por isso, percorremos a história do APH-Atendimento pré-hospitalar até os dias de hoje, pontuando como ocorriam os resgates e de que forma eram feitos. Hoje, contamos com meios muito mais eficazes de se manter e preservar a vida, e de uma forma esclarecedora, citamos também neste material.

Palavras chave: Assistência hospitalar; Primeiros Socorros; Assistência em Enfermagem.

ABSTRACT: From the earliest stages, there has been reports of some kind of rapid care of the sick person, either acutely (accidents, trauma, AMI - acute myocardial infarction, stroke, childbirth, hypoglycemia, among others), or a complication (TEP - pulmonary thromboembolism for example), in order to preserve life, initially by the same instinct. What was noted over time was how these "helps" were inconsistent and erroneous, either by the way they were transported, or by the hygiene provided, the maneuvers made, the resources and materials that were used, and could even exacerbate the current picture of the affected individual. Therefore, we go through the history of APH-pre-hospital care until today, punctuating how the rescues took place and how they were made. Today, we have much more effective means of maintaining and preserving life, and in an enlightening way, we also mention in this material.

Keywords: Prehospital care; hospital; First aid; First responders; History of hospital care.

¹ 1. Graduandas de medicina pela Faculdade Alfredo Nasser, Aparecida de Goiânia, Goiás.

2. Orientadora - Faculdade Alfredo Nasser, Aparecida de Goiânia, Goiás.

1. INTRODUÇÃO

O foco nos atendimentos de urgência e emergência tem crescido exponencialmente nos últimos tempos, tornando expressiva a necessidade do atendimento pré-hospitalar. Sempre houve essa necessidade, no entanto, não haviam recursos ou treinamento capacitado o suficiente. Um dos objetivos desta pesquisa é enfatizar a importância desse serviço indispensável no trauma e em outras situações que põe em risco a vida e/ou a reabilitação do indivíduo.

Este estudo pretende retratar parte da história e seus marcos mais importantes no Brasil e no mundo, além de explicar de maneira clara e simples o que é o APH, quais suas características principais, quais os profissionais que o compõe, quais recursos de transporte e materiais são utilizados para esse fim.

2. METODOLOGIA

A metodologia utilizada se faz através de revisão bibliográfica de caráter histórico documental, tendo como população alvo, as produções científicas relacionadas a esse assunto independente do tempo de publicação. Isso se justifica pelo fato de não haver abundância de material acerca deste tema até a atualidade.

Foi utilizado para coleta, as bases de dados GOOGLE ACADÊMICO, LILACS, NCBI e SCIELO, empregando as palavras-chave: “Atendimento pré-hospitalar”; “Assistência pré-hospitalar”; “história do atendimento pré-hospitalar”; “Suporte de vida no trauma”; nos meses de Abril e Maio de 2019. Foram analisados todos os registros coletados nesse período, separados e organizados por ordem cronológica e

por tema abordado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A despeito dos avanços na melhoria e qualidade do atendimento oferecido à população, citaremos o SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, um modelo de atendimento Francês que foi implementado no Brasil com a junção também com o modelo americano por não haver recursos suficientes em nosso país para seguir o modelo francês a risca.

É notável o empenho da população e dos governos Municipais, Estaduais e Federal, desde a antiguidade até os dias de hoje, na tentativa insaciável de melhorar o serviço de atendimento pré-hospitalar e diminuir os gastos onerosos com vítimas que não foram socorridas em tempo hábil e que enfrentam sequelas persistentes e caras aos cofres públicos, muitas vezes por longos períodos.

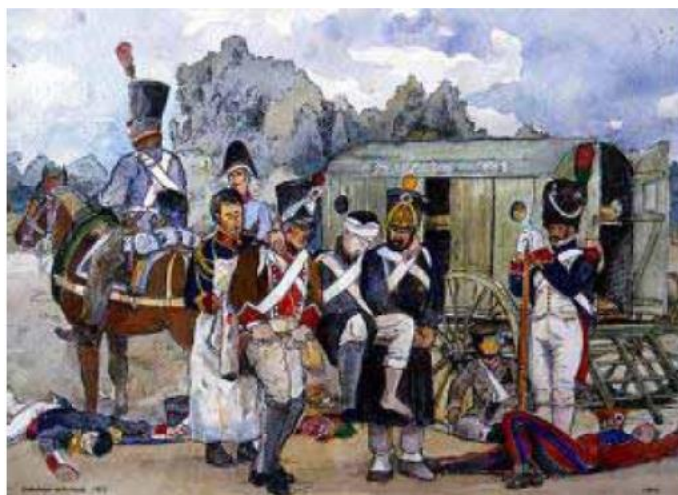
Segundo Dantas et al. (2015), para se fazer um trabalho de qualidade em urgência e emergência, é necessária uma execução interdisciplinar, adotar protocolos e conhecimentos específicos, uma harmonização nos níveis de assistência do SUS – Sistema Único de Saúde além de uma inserção de uma política de qualidade interna. (P.382)

Lista de Abreviaturas e Siglas

APH	Atendimento Pré-Hospitalar
ATLS	Suporte de Vida Avançado no Trauma
CFM	Conselho Federal de Medicina

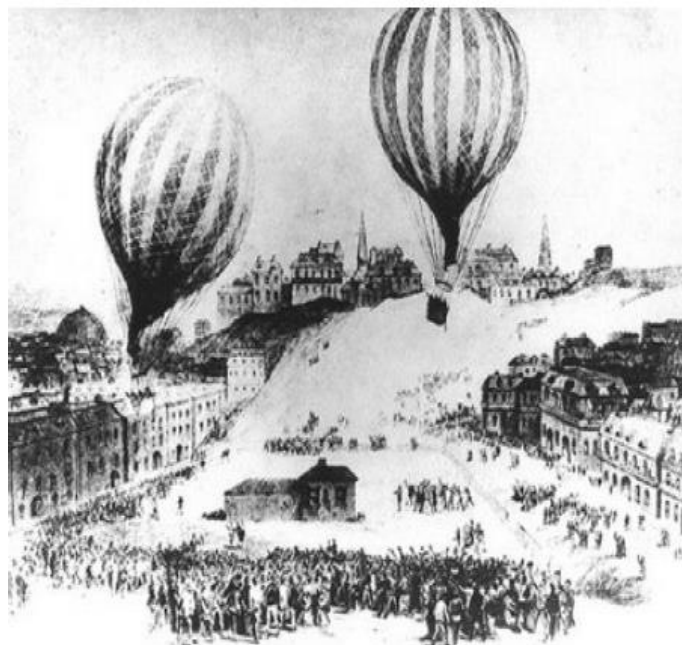
DERSA	Desenvolvimento Rodoviário S.A.
EUA	Estados Unidos da América
PHTLS	Programa de Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado
PSF	Programa de Saúde da Família
SAV	Suporte Avançado de Vida
SAMDU	Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBV	Suporte Básico de Vida
SIATE	Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USB	Unidade de Suporte Básico
USA	Unidade de Suporte Avançado
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

Ver figura a seguir. (SILVA et al., 2010, p.573)



1863-1864 – Formação da Cruz Vermelha Internacional. Na primeira convenção de Genebra na Suíça. (RAMOS; SANNA, 2005, Pgs.356; 22BRASIL..., 2019)

1870-1871 – Balões para transporte dos feridos na guerra Franco-Prussiana. Ver figura a seguir. (ALVES, 2011, sld.03)



1893 – Rio de Janeiro. Aprovação da lei que estabelecia o socorro médico de urgência na via pública. Em São Paulo, os atendimentos às emergências médicas ficaram sob a

História e Marcos da Assistência Pré-Hospitalar (APH)

Os primeiros atendimentos às vítimas de emergências/urgências vem caminhando desde o período das grandes guerras, onde o socorro sistematizado emergencial era necessário, pois, se perdiam muitas vidas, especialmente de soldados, pela falta de atendimento imediato.

1766-1842 – criação da ambulância projetada pelo médico Dominique Jean Larrey.

responsabilidade dos Médicos do Serviço Legal da Policia Civil. (RAMOS; SANNA, 2005, Pgs.356)

1899 – O Brasil punha em ação a primeira ambulância (de tração animal), através do corpo de bombeiros do Rio de Janeiro. (RAMOS; SANNA, 2005, Pgs.356)

1899 – Ambulância da Cruz Vermelha com equipes específicas. Ver figura a seguir. (SILVA et al., 2010, p.573)

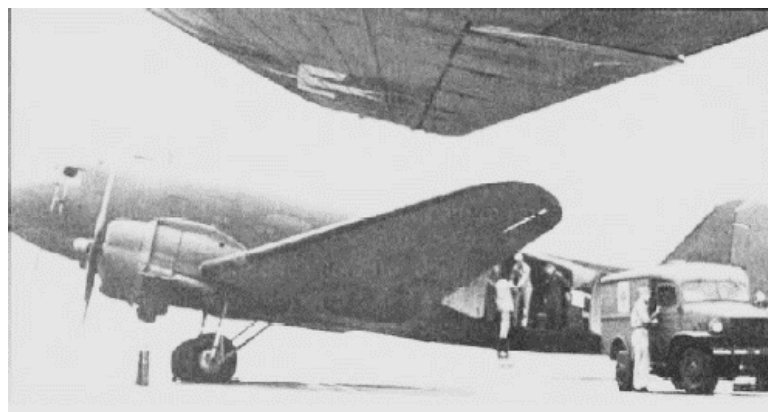


1910 – Decreto nº1392 torna obrigatório que médicos estejam no local de incêndios ou outros acidentes. (RAMOS; SANNA, 2005, Pgs.356).

1914-1918 – Primeira Guerra Mundial. Transporte aéreo Sanitário Francês.

Conduziam uma vítima por vez. Ver foto a seguir. (ALVES, 2011, sld.04)

1939-1945 – Segunda Guerra Mundial. Ver foto a seguir. (ALVES, 2011, sld.05)



1948-1953 – Guerra da Coréia. O helicóptero apenas transportava, não havia suporte assistencial durante o voo. Ver figura a seguir. (ALVES, 2011, sld.06)



1960 – Manobras de ressuscitação como realidade (SILVA et al., 2010, p.572)

1950 a 1960 – no Brasil criou-se o SAMDU - Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência. Fazia o atendimento nas residências. (SILVA et al., 2010, p.574; RAMOS, 2005, P.356)

1968 – Criação do número de emergência 911 nos Estados Unidos. (SILVA et al., 2010, p.574)

1976 – DERSA – Desenvolvimento Rodoviário S.A., um serviço privado, implantou sob sua jurisdição o atendimento ao usuário nas suas rodovias, disponibilizando o serviço de APH a cada 30 km de distância funcionando 24h por dia, todos os dias do ano. Financeiramente mantido pelo valor dos pedágios e pelos recursos da Previdência Social. (RAMOS; SANNA, 2005, Pgs.356,357)

1978 – Criado o curso ATLS (Suporte de Vida Avançado no Trauma) onde um médico a bordo de um avião que caiu, perdeu um ente familiar e outros 4 ficaram lesionados e o atendimento inicial prestado a eles fora feita de forma inadequada. Após isso, criou-se também o programa PHTLS (Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado). (ATLS 2012, 9ªed. p.XXVII; 22BRASIL..., 2019)

1981 – Um grupo de médicos brasileiros em São Paulo, debateram sobre encaminhar os acidentados aos locais mais próximos das ocorrências, colocando em evidência pela primeira vez questões sobre territorialização e integração entre esses

serviços, elaborando também uma ficha padrão para encaminhar esses pacientes. (RAMOS; SANNA, 2005, Pgs.357)

1985-1986 – Rio de Janeiro. Criado o Grupo de Socorro de Emergência composto por 19 ambulâncias de unidades móveis de UTI.

1988 – Militares dos EUA determinaram que seus médicos fossem treinados em PHTLS. Para os brasileiros, esse mesmo treinamento leva a sigla APH. Para os leigos, é conhecido como Curso de Primeiros Socorros. (22BRASIL..., 2019)

1990 – Início de implantação do SIATE – Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência. Primeiro em Curitiba-PR e em Goiânia no ano de 2000. (SILVA et al., 2010, p.574)

APH – Atendimento Pré-Hospitalar

Considera-se pré-hospitalar aquele atendimento que chega até a vítima nos primeiros minutos após o agravo que possa vir trazer alguma consequência de ordem mais severa ao indivíduo, sendo necessário transporte para um hospital. Dependendo da situação, podem ser deslocadas uma ou mais unidades de atendimento (ambulância), munida de materiais, medicamentos e equipamentos, com pelo menos dois profissionais treinados a bordo. (BRASIL, CFM, 1998)

Segundo o Ministério da Saúde:

“O atendimento pré-hospitalar pode ser definido como a assistência prestada em um primeiro nível de atenção, aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica,

quando ocorrem fora do ambiente hospitalar, podendo acarretar sequelas ou até mesmo a morte”.
(RAMOS; SANNA, 2005, P.355)

O que o caracteriza é que o mesmo é sempre feito em ambientes extra hospitalares, aquele serviço que vai preceder o hospital. A fim de estabilizar, mobilizar e socorrer o indivíduo de forma que o mesmo não tenha maiores danos futuros com o máximo de segurança possível. (22BRASIL..., 2019)

Segundo a resolução 1529/98 do Conselho Federal de Medicina (CFM), (BRASIL,1998), no artigo 1º diz-se que esse serviço é de ordem médica e para tanto, o médico é o responsável por coordenar, regular e supervisionar, seja de forma direta ou a distância.

Esse atendimento pode ser realizado por profissionais da área da saúde (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e médicos), e também por profissionais que não pertencem a área da saúde (policiais, bombeiros, guardas municipais e militares). (BRASIL, 2019)

É reconhecido que em casos graves, principalmente no trauma, é necessário haver uma interação com outros profissionais não médicos, porém habilitados para prestar esse tipo de atendimento, os chamados socorristas, sob supervisão e coordenação médica. Esses, devem ser treinados através de cursos que combinem teoria e prática (exercícios simulados), dados por instituições ligadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), sob a coordenação de secretarias de saúde, tanto estaduais como também municipais. (BRASIL, CFM, 1998)

Dentro do APH, podem ser necessários qualquer um dos dois seguintes tipos de

atendimento: Suporte Básico de Vida (SBV), e/ou Suporte Avançado de Vida (SAV). No primeiro caso, o paciente não corre risco iminente de morte e os procedimentos são mais simples de serem realizados até a chegada de um socorro completo, com o principal objetivo de preservar a vida do indivíduo. Já no segundo caso, o suporte é muito mais invasivo, as vezes necessitando de medicações, intubação e técnicas específicas para eliminar ou reduzir sequelas mais sérias no indivíduo, podendo ser realizado apenas por profissionais devidamente treinados para esse fim. (BRASIL, 2019)

É mandatório existir uma central de regulação, com número facilmente reconhecido pela população como será comentado mais adiante, onde há um médico que fará todo o manejo desse atendimento e se necessário for, através de outra rede de comunicação existente para esse serviço, entre a Central e os hospitais conveniados, para o encaminhamento desse paciente. (BRASIL, CFM, 1998)

A regulação é feita somente pelo médico, e cabe a ele ordenar e orientar a atenção pré-hospitalar além de julgar e decidir sobre a gravidade do caso, e envia então os recursos necessários ao atendimento, e, mesmo de longe, monitora e orienta os profissionais que estão na ocorrência. Também aciona o hospital de referência ou qualquer outro meio necessário para o atendimento, disponibilizando a resposta mais adequada a cada situação. É através de telefone e rádio que toda comunicação se dá. O médico regulador conta ainda, com acesso à central de internações, onde obtém as informações e poder para encaminhar os pacientes para os lugares mais condizente com as necessidades. Lembrando que,

“nas emergências, não existe número fechado de leitos ou capacidade limite a priori” (pg.4). (BRASIL, CFM, 1998)

Para aprofundar o conhecimento sobre esse serviço e sua rede de integração, pesquisamos sobre a definição desses profissionais de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina 1529/98, a partir da página cinco:

Profissionais não oriundos da área da Saúde:

1. Telefonista – Auxiliar de Regulação: anota dados básicos da solicitação (localização, natureza da ocorrência, identificação da pessoa que ligou fazendo o pedido)
2. Condutor
3. Socorrista
4. Radio operador

Profissionais oriundos da área da Saúde:

1. Auxiliar ou técnico de enfermagem em emergências médicas
2. Enfermeiro
3. Médico

Além dos profissionais atuantes, há também os veículos de atendimento pré-hospitalar chamados ambulâncias. O conceito ou definição de ambulância é um veículo seja ele terrestre, hidroviário ou aéreo que tem como destino único e final o transporte de pessoas enfermas. Elas são classificadas da seguinte maneira:

- Tipo A – Ambulância de Transporte: remoções simples, de caráter eletivo, onde o paciente não apresente risco de morte. Ele será transportado em decúbito horizontal.
- Tipo B – Ambulância de Suporte Básico: contém equipamentos mínimos para a manutenção da vida e transporta tanto

pacientes com risco de vida desconhecido quanto inter-hospitalar de pacientes.

- Tipo C – Ambulância de Resgate: contém equipamentos para manutenção da vida e também de salvamento. Acionado em emergências, para pacientes com risco de vida desconhecido.
- Tipo D – Ambulância de Suporte Avançado: faz transporte neonatal. Acionado em emergências e para pacientes de alto risco, além de fazer transporte inter-hospitalar. Os equipamentos contidos nela são todos os necessários para estas funções.
- Tipo E – Aeronave de Transporte Médico: (de asa fixa ou rotativa), faz transporte neonatal, munida de equipamentos médicos homologados pelos órgãos competentes.
- Tipo F – Nave de Transporte Médico: faz transporte neonatal. Faz o transporte por via marítima ou fluvial. É motorizado e carrega equipamentos pertinentes a gravidade do atendimento a ser prestado. (BRASIL, CFM, 1998)

Atendimento Pré-Hospitalar Fixo

É considerada aquela prestada no primeiro nível de atenção para indivíduos com quadros agudizados, independente se é de ordem psiquiátrica, traumática ou de natureza clínica, contanto que esteja levando ao sofrimento e até mesmo a morte. Nesses casos dispõe-se de transporte e atendimento integrado e adequado, de forma hierarquizada e integrada com o Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Dentro desses atendimentos estão as UBS's – Unidades Básicas de Saúde como o Programa de Saúde da Família

(PSF), ambulatórios, unidades não hospitalares de atendimento, ambulatórios especializados e o que estamos dando mais enfoque neste estudo, os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel que será comentado logo adiante. (BRASIL, GM/MS, 2002)

Atendimento Pré-Hospitalar Móvel

É o atendimento seja por ambulâncias, motolâncias, naves e/ou aeronaves que procura chegar o mais rápido possível até a vítima, após qualquer tipo de intercorrência de natureza patológica (traumática, cirúrgica, natureza clínica e inclusive as psiquiátricas), que de alguma forma venha trazer sofrimento e possíveis sequelas ou ainda, levar a morte. Podemos dividi-lo em primário ou secundário. No primário, o pedido de socorro vem de um cidadão. No secundário, o chamado parte de um serviço de saúde que já prestou um primeiro atendimento à vítima, mas que necessite de transferi-lo para um serviço de maior complexidade para dar continuidade ao tratamento. (BRASIL, GM/MS, 2002)

Para que esse atendimento seja adequado, é necessário ter a disposição da população em geral, um número telefônico de fácil acesso, bem vinculado às mídias para o conhecimento rápido da grande maioria, vinculado a uma central de Regulação de Urgências e Emergências. O número usado no Brasil é o 192, onde um médico regulador está a disposição do solicitante para julgar cada caso, definir a conduta mais adequada e se necessário for, encaminhar uma equipe de atendimento até o local da chamada. (BRASIL, GM/MS, 2002)

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

(SAMU)

Para o surgimento e implementação do SAMU no Brasil, selou-se um acordo entre nosso país e a França por uma solicitação do Ministério da saúde. Mesmo com isso, o Brasil sofria com a escassez de recursos, não permitindo que se repetisse integralmente a França. Foi necessário adaptar então nossa realidade, mesclando os dois modelos de atendimento pré-hospitalar: Francês + americano. (RAMOS; SANNA, 2005, P.357)

Com pouco mais de 14 anos de existência e de forma efetiva o SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, é considerado uma potência do SUS – Sistema Único de Saúde, que conta com uma rede de Centrais de Regulação disseminadas em todo o território brasileiro, acolhendo e respondendo aos chamados para mais de 75% da população geral. O Serviço conta hoje com Unidades de Suporte Básico (USB), Unidades de Suporte Avançado (USA), ambulanchas, motolâncias e/ou unidades aeromédicas. Os atendimentos vão desde parto, parada cardiorrespiratória, politraumas, crises convulsivas, intoxicações, queimaduras, hipoglicemia, dor no peito e muitas outras coisas. E diante dessa variedade de intercorrências, os profissionais necessitam muito mais do que veículos motorizados, materiais e equipamentos... é imprescindível uma boa estrutura, uma gestão competente e uma educação continuada para manter todos os profissionais atualizados em tudo que há de mais novo e eficaz para o primeiro atendimento. (PROTÓCOLOS DE INTERVENÇÃO PARA O SAMU 192, MS, 2016, pg.1/2)

4. CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, diante do material e pesquisa apresentados que, foi melhorado, ampliado e modernizado todo o molde do primeiro atendimento ao indivíduo enfermo/traumatizado. O Ministério da Saúde tem proposto ações que visam essa mudança no padrão de assistência ao paciente nos serviços públicos de saúde do Brasil, propiciando o acesso, o acolhimento, a privacidade e as orientações necessárias na ocasião, além da classificação de risco, que tem por objetivo melhorar a qualidade e a eficácia dos atendimentos prestados.

Enquanto profissionais da área da saúde, é nosso dever, melhorar o conhecimento, dominar as técnicas disponíveis, estar atento a necessidade do outro, no que tange a humanização, conhecer a realidade para garantir uma melhor qualidade de vida futura para o indivíduo que passa por nossas mãos, reduzindo assim, os gastos públicos com reabilitação.

No mais, fica o mais profundo e sincero desejo de que num futuro muito próximo, tenhamos a disposição uma quantidade maior de pesquisas referentes a este assunto tão importante e promissor para o futuro da saúde pública.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

ALVES, C.V. I Fórum de Medicina Aeroespacial. 02 de Agosto de 2011. Brasília-DF. Conselho Federal de Medicina-CFM. **Transporte Aeromédico.** <<http://www.eventos.cfm.org.br/images/stories/PDFAe>

[roespacial/MedicinaAeroespacial_CloerAlves_ot.pdf](#)>

Acesso em 04 de Maio de 2019.

22BRASIL TREINAMENTOS. Barueri São Paulo-SP. **História do Atendimento Pré-Hospitalar.** Disponível em: <<https://22brasil.com/tag/historia-do-atendimento-pre-hospitalar/>>. Acesso em: 07 de Março de 2019 às 16:00h.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Advanced Trauma Life Support – ATLS; **Suporte Avançado de Vida no Trauma.** Manual do curso de Alunos. 9ª edição. Saint Clair Street, n.633 Chicago. Ano 2012. P.XXVII

BRASIL. Conselho Federal de Medicina-CFM. **Resolução nº1.529 de 28 de Agosto de 1998.** Dispõe sobre o atendimento pré-hospitalar; da normatização na área de urgência e emergência na fase pré-hospitalar. Publicado no D.O.U.-Diário Oficial da União em 04 de Setembro de 1998, pág.69.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS n.º2048 de 5 de Novembro de 2002.** O Ministro do Estado de Saúde resolve: aprovar o regulamento técnico do Sistema Estadual de Urgência e Emergência e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 03 de Maio de 2019 às 14:34h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Suporte Básico de Vida.** Brasília-DF, Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192**

– Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Suporte Avançado de Vida**. Brasília-DF, Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016.

DANTAS, R.A.N. et al. Instrumento para Avaliação da qualidade da Assistência pré-hospitalar móvel de urgência: Validação de Conteúdo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** – Universidade de São Paulo – SP, vol.49(3); p.381-387, Ano 2015.

RAMOS, V.O.; SANNA, M.C. – A Inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: Histórico e perspectivas atuais. **REBEN – Revista Brasileira de**

Enfermagem, Universidade de Santo Amaro – UNISA. Maio-Junho; 58(3); pgs.355-360. Ano 2005.

SILVA E.A.C., TIPPLE A.F.V., SOUZA J.T., BRASIL, V.V. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Ano 2010; 12(3):57 pgs.1-7. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.10555>.

Site:

https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/pdf/v12n3a2_3.pdf>

Acesso: 05 de Março de 2019 às 16:00h.

INSTRUMENTOS DE AUTOAJUDA COMO ESTRATÉGIAS PROPEDÊUTICAS COMPLEMENTARES

Gustavo Urzêda Vitória¹, Thais Carolina Alves Cardoso¹, Adriano Ferro Rotondano Filho¹, Mikaela Aires Martins Ribeiro¹, Thalita Lisboa Cunha¹, Edson José Pereira Júnior¹, João Manoel Palmeira Ferrato Gomes¹, Renata Silva do Prado².

Resumo: O objetivo desse trabalho é avaliar o papel dos dispositivos de autoajuda na tecnologia assistiva e suas aplicações para diferentes populações e possibilidades. Trata-se de revisão bibliográfica realizada a partir de 16 artigos, em língua portuguesa e inglesa, publicados entre os anos de 2011 e 2019, com exceção de um artigo de 2005 utilizado como base para análise da evolução dessa temática. A existência de diversos estudos proporcionou a busca para averiguar ou testar instrumentos que seriam usados para resolver questões de caráter psicológico como forma de melhorar tratamentos convencionais ou apresentar alternativas que fossem viáveis aos mesmos. A adesão ao tratamento, é um grande desafio no campo da saúde, por isso várias estratégias estão sendo desenvolvidas para tentar melhorar ou garantir uma maior colaboração por parte do paciente. Dessa forma, estratégias complementares surgiram, como o suporte telefônico, os materiais impressos de autoajuda, as mensagens de texto, entre outros. Portanto, avalia-se que a propedêutica clínica, não conseguirá fornecer resultados reais sem o desenvolvimento de uma colaboração entre os envolvidos (profissional e usuário), seja pela ausência de engajamento na análise clínica por parte do profissional, seja pela não adesão do enfermo. Como forma de melhorar essa relação, chegou-se a esses modelos, com os quais foi possível envolver o paciente no seu processo de cuidado, o que fez maximizar a adesão e influenciou positivamente no acompanhamento clínico pelo médico, que se sente mais motivado. Porém, muitos dispositivos ainda carecem de comprovação, pelo fato de ainda se encontrar no início do seu desenvolvimento.

Palavras-chaves: grupos de autoajuda, autoajuda e dispositivos de autoajuda.

Abstract: The objective of this work is to evaluate the role of self-help devices in assistive technology and its applications to different populations and possibilities. It is a bibliographical review made from 16 articles, in Portuguese and English, published between the years 2011 and 2019, except for an article from 2005 used as a basis for analyzing the evolution of this theme. The existence of several studies provided the search to verify or test instruments that would be used to solve psychological questions as a way to improve conventional treatments or to present alternatives that were feasible to them. Adherence to treatment is a major challenge in the health field, so a number of strategies are being developed to try to improve or ensure greater patient collaboration. In this way, complementary strategies have emerged, such as telephone support, printed self-help materials, text messages, among others. Therefore, it is evaluated that the clinical propaedeutics will not be able to provide real results without the development of a collaboration between the professionals and the user, either by the professional's lack of engagement in the clinical analysis or by the patient's non-compliance. As a way to improve this relationship, we reached these models, with which it was possible to involve the patient in their care process, which maximized adherence and positively influenced clinical follow-up by the physician, who feels more motivated. However, many devices still lack proof because they are still at the beginning of their development.

Keywords: self-help groups, self care, self-help devices.

1. Discentes do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA;

2. Docente do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA.

1. INTRODUÇÃO

O conceito de autoajuda é amplo, e alberga uma série de técnicas, orientações, informações ou práticas que se destinam a resolver problemas pessoais e, embora a tradição popular considere que esses artifícios se destinam principalmente, e quase que exclusivamente, a resolução de questões de caráter psicológico, atualmente existem diversos estudos que buscam averiguar ou testar o uso desse instrumento como forma de melhorar tratamentos convencionais ou até mesmo oferecer alternativas viáveis aos mesmos¹.

A utilização desses métodos se baseia na construção de instrumentos, os quais, são uma expressão gráfica de um modo de organização do pensamento, que deflagra e norteia um processo de cuidado, servindo a uma finalidade específica, subsidiando e constituindo-se como/para registro. Esses construtos, aliados aos protocolos, são utilizados a anos no âmbito da atenção à saúde, e estão altamente interligados com o desenvolvimento de tecnologias pelas equipes de saúde. Seus processos de elaboração, apesar de longos e de envolver diversos passos, a fim de, adequá-los ao máximo a realidade e a função a ser desempenhada, ainda carecem de investigações e interesse científico² 16.

Além disso, diversas vantagens têm sido apontadas sobre o uso de instrumentos na atenção à saúde, como: maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e

controle dos custos².

Esse novo traçado científico reflete as mudanças ocorridas ao longo dos anos em relação a maneira como a sociedade e a medicina se veem, isto é, a crescente desilusão quantos aos limites da atuação médica associada a pressão para contenção de gastos e a transição do antigo foco da saúde pública para um mais atual, que considera os determinantes sociais como influências importantes nos padrões de doenças; resultando, portanto, em um clima sociopolítico que enfatizava a autoajuda e a responsabilidade social frente a saúde¹.

Nesse contexto, ficou-se delimitado que o conhecimento e o poder da medicina eram demasiados quando exercidos apenas pelos profissionais médicos, bem como se tornou um fardo excessivamente pesado, o que tendenciava as relações clínicas a um viés centrado na doença e suas manifestações, sendo a consulta um ato frio e objetificado. Conclamando, dessa forma, a importância da atuação populacional bem orientada e direcionada³.

Outro ponto significativo, segundo Foucault, é que “cuidar de si implica necessariamente cuidar do outro, porém, o cuidado de si não pode ser problematizado, ou seja, pensado, como cuidado com o outro”, o que levanta a discussão sobre a utilização desses métodos de autoajuda também pelos profissionais de saúde, para que, o estresse e os sentimentos atrelados a rotina não possam influir negativamente sobre eles³ 14. Com isso, esse estudo tem como objetivo avaliar o papel desses dispositivos de autoajuda na tecnologia assistiva e suas aplicações para diferentes populações e possibilidades.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Essa revisão bibliográfica foi realizada a partir de 16 artigos, em línguas portuguesa e inglesa, publicados entre os anos de 2011 e 2019, com exceção de um artigo de 2005 utilizado como base para análise da evolução dessa temática; pesquisados nos seguintes bancos de dados: GOOGLE ACADÊMICO, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) e PUBMED. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: grupos de autoajuda, autoajuda e dispositivos de autoajuda. Como critério de inclusão adotamos os artigos que correspondiam a janela de publicação acima citada e com Qualis B4 ou acima, e como critério de exclusão adotamos a não correlação com o tema e/ou com nossos objetivos.

3. RESULTADO E DISCUSSÃO

Existem diversos desafios no campo da saúde, entre eles está a adesão ao tratamento, por isso várias estratégias têm sido desenvolvidas para melhorar ou garantir essa maior colaboração por parte do paciente. Essa questão se agrava ainda mais quando envolve doenças crônico-degenerativas, devido ao tempo prolongado de tratamento e a necessidade de mudar hábitos de vida⁴.

Devido a esse cenário, instrumentos de autoajuda têm sido propostos e desenvolvidos, a fim de, envolver o paciente diretamente em seu tratamento, para isso, é imprescindível que esses pacientes tenham conhecimento suficiente sobre os riscos relacionados a seu problema de saúde, bem

como do controle do mesmo; sendo que, a melhor fonte dessas informações é o próprio médico engajado nesse tipo de promoção e educação em saúde, reverberando o mérito da escuta ativa aplicada em ambiente clínico⁴ 15.

O envolvimento familiar é igualmente importante para a funcionalidade desses métodos, uma vez que, o apoio deles estimula o indivíduo a assumir e promover o autocuidado, além de buscar mais os serviços institucionalizados de saúde. Esse ponto se torna ainda mais relevante quando os pacientes são adolescentes, pois embora possam ter relacionamentos flutuantes com seus responsáveis, eles necessitam de ajuda para aceitar a doença, o tratamento e, até mesmo, algumas profilaxias⁴ 16.

Outro exemplo da importância da rede de apoio familiar é o caso de um paciente portador de doença renal crônica (DRC), que experimenta um conjunto de impressionantes mudanças em sua rotina diariamente, sendo caracterizadas principalmente por limitações e restrições, o que afeta diretamente a qualidade de vida do mesmo, tendo repercussões negativas nas demais esferas sociais, como no próprio relacionamento familiar; o tratamento também influi nessas questões devido a sua complexidade e invasibilidade. Diante disso, a promoção dessa rede de apoio como elemento de autoajuda e autocuidado é imprescindível para a adoção de um comportamento de vida mais saudável⁵.

O *coaching* é um método que, também, mostrou-se útil para melhorar a percepção pessoal e incentivar os comportamentos de estilo de vida saudável, promovendo a prática de educação e promoção de saúde contribuindo para a elevação da qualidade de vida, de maneira especial, desses

portadores de doenças crônicas, como o diabetes. Essa estratégia se diferencia das demais justamente por incentivar o paciente a escolher metas mais alinhadas com seus valores. Apesar de todas as suas vantagens, ainda é pouco explorado no Brasil⁶.

Essa alternativa propedêutica, pode, também, ser aplicada a populações e situações específicas, como o tratamento do tabagismo, problema grave de saúde pública no Brasil, devido à alta mortalidade associada a doenças cardiovasculares e respiratórias; em consequência disso, surgiu o Programa Nacional de Controle ao Tabagismo (PNCT), o qual focalizou especialmente as abordagens farmacológica e cognitivo-comportamental. Infelizmente, o custo do tratamento e o limitado número de profissionais capacitados para a execução desse programa, reduziu sua taxa de eficácia. Dessa forma, estratégias complementares surgiram, como o suporte telefônico, os materiais impressos de autoajuda, as mensagens de texto, os aplicativos para celulares e as intervenções via Internet⁷.

A tuberculose (TB) também é um exemplo digno de nota sobre a adoção dessas práticas em contexto mais específico, pois ela continua sendo, igualmente, um grande problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, como o Brasil, para tanto, o acompanhamento dos pacientes afetados requer constante atenção, o que levou a criação da Diretriz de Observação e Tratamento (STDOT) pelo governo brasileiro, aumentando dessa maneira a taxa de detecção de novos casos, além de atuar de diversas maneiras nessa situação através de seus eixos, como no monitoramento do tratamento e o registro do avanço individualizado de cada enfermo. Essa Diretriz ainda incentiva a

adesão ao tratamento ao incluir o indivíduo nesse processo e orienta-lo sobre as implicações epidemiológicas de possíveis surtos ou epidemias, associando assim dois dispositivos de autocuidado, a informação esclarecedora proveniente de fonte adequada e o comprometimento social⁸.

Sob essa ótica, os aplicativos de celular, os serviços de mensagens e *websites*, abriram um novo nicho de atuação com possibilidades quase ilimitadas para diversos tipos de intervenções. Como geralmente são automatizados, podem oferecer educação, referenciamento e aconselhamento para os usuários ao cabo da hora e do momento que os mesmos necessitarem. Aliado a rapidez com que essas informações podem ser transmitidas, encontra-se o fato de que não só a população brasileira, mas sim a mundial está cada vez mais conectada e interligada através desses meios virtuais⁷.

Dessa maneira, as intervenções baseadas em aplicativos desenvolvidos para *smartphones* tem sido criadas, aprimoradas e exploradas cada vez mais. Um exemplo dessa nova frente de instrumentos virtuais, são os aplicativos que estimulam e ajudam os usuários a iniciarem e manterem atividades físicas regulares, alguns ainda possuem informações indexadas sobre alimentação e sobre os benefícios dessas práticas para saúde, além de ofertarem a possibilidade de personalizar os exercícios a partir, principalmente, de metas de perda de peso desejadas, cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e quantidade aproximada de calorias perdidas durante a atividade⁹.

Já o suporte telefônico, tem sido usado como alternativa no estímulo ao tratamento de doenças crônicas, como o diabetes melito, pois viabiliza uma comunicação efetiva entre profissional da área

da saúde e o paciente portador, utilizando para isso linguagem compreensível e contextualizada, capacitando o profissional para desenvolver uma espécie de negociação com o interlocutor, motivando-o a continuar a propedêutica e superar seus desafios. Outra vantagem, é o acompanhamento sistemático e individualizado do usuário entre suas visitas a Unidade de Saúde¹⁰.

Outro contexto amplamente estudado, tem sido o envelhecimento ativo como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, visando melhorar a qualidade de vida à medida que envelhecem. Sendo que, seu maior objetivo é elevar a expectativa de vida tentando reduzir agravos novos a saúde e controlar os já existentes, para isso, surgiu a Tecnologia Assistiva (TA), a qual, compreende recursos, estratégias, metodologias, práticas e serviços que visam promover a funcionalidade e a participação popular em prol de sua qualidade de vida e inclusão social¹¹.

Mas, para que esses recursos de TA sejam efetivos, faz-se necessário que os usuários tenham as devidas orientações sobre o uso correto dessas tecnologias, a fim de, evitar o abandono do instrumento e promover a aquisição correta do melhor produto para suas necessidades e capacidades. Os profissionais de saúde devem, portanto, conhecer com primor tais construtos, suas indicações, contraindicações e funcionamento¹¹.

O TA, inclusive tem sido utilizado no tratamento de algumas doenças, como a tetraplegia secundária a lesão medular, pois devido ao comprometimento da qualidade de vida dos afetados, cuidados especiais se fazem necessários e, para efetivar os mesmos, o paciente precisa ser

envolvido; em destarte, o uso desse método tem contribuído para a minimização dos sintomas depressivos desses pacientes¹¹.

Os grupos populacionais portadores de deficiências também merecem representação, como a população surda, que possui acesso limitado às informações em saúde, o que pode comprometer o bem-estar dos mesmos, deixando-os vulneráveis e predispostos a diversos eventos adversos possíveis e evitáveis; essa situação se justifica em parte pela baixa proficiência que os profissionais de saúde de uma maneira geral demonstram em relação a Língua Brasileira de Sinais, Libras¹².

Devido a isso, essas tecnologias podem reduzir essa barreira na comunicação entre profissional e paciente, podendo utilizar TA para isso, com o auxílio da internet, a fim de, ampliar as possibilidades e efetivar a inclusão; uma das medidas que tem sido testadas e avaliadas para esse fim, é o uso de vídeos educacionais adaptados, para que, eles possam compreender melhor suas condições e como podem atuar no processo de tratamento e/ou prevenção¹².

4. CONCLUSÃO

Em suma, percebe-se que a propedêutica, apesar de continuar sendo um ato médico, atualmente, é uma expressão mais palpável da relação médico-paciente, uma vez que, na ausência de sintonia entre esses elementos, o tratamento não conseguirá fornecer resultados reais, seja por falta de engajamento na análise clínica por parte do profissional, seja pela não adesão do enfermo.

Buscando, então, maneiras de melhorar cada vez mais essa relação, chegou-se aos modelos dos

instrumentos de autoajuda, com os quais foi possível envolver o paciente no seu processo de cuidado, maximizando sua adesão e influenciando positivamente no acompanhamento clínico pelo médico, que também se sente mais motivado.

A partir disso, diversas pesquisas científicas e empíricas sugeriram a construção de variados modelos, formas e estratégias, utilizando desde objetos e práticas lúdicas até *softwares* e aplicativos para celular.

Porém, infelizmente, esse cenário ainda se encontra no início de seu desenvolvimento, dessa forma, muitos dispositivos ainda carecem de comprovação, outros ainda não conseguiram ser implementados, e vários enfrentam a resistência por parte dos profissionais.

5. Agradecimentos/ fonte de financiamento

Meus agradecimentos a professora Renata Silva do Prado pela paciência e dedicação durante a orientação desse trabalho. E declaramos que não houveram nenhuma fonte de financiamento para a elaboração desta revisão integrativa.

6. DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Declaramos que não houveram nenhum conflito de interesses.

7. REFERÊNCIAS

1. Oliveira DLd. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2005; 13(3): 423-31.

2. Netto JJM, Dias MSdA, Goyanna NF. Uso de instrumentos enquanto tecnologia para a saúde. *Saúde em Redes*. 2016; 2(1): 65-72.

3. Andrade EOd, Givigi LRP, Abrahão AL. A ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em Saúde. *Comunicação Saúde Educação*. 2018; 22(64): 67-76.

4. Fragoso LVC, Cunha MdCdSO, Fragoso EB, Araújo MFMd. Autocuidado em Pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 1: Vivências de Adolescentes. *Revista Fundamental Care Online*. 2019; 11: 289-96.

5. Xavier BLS, Santos I, Silva FVC. Promoting self-care in clients on hemodialysis: application of the nola pender's diagram. *Rev Fund Care Online*. 2017 abr/jun; 9(2): 545-50.

6. Magalhães TPC, Fóscolo RB, Soares AN, Reis JS. Type 1 diabetes mellitus: can coaching improve health outcomes? *Archives of Endocrinology and Metabolism*. 2018: 1-5.

7. Formagini TDB, Ervilha RR, Machado NM, Andrade BABBd, Gomide HP, Ronzani TM. Revisão dos aplicativos de smartphones para cessação do tabagismo disponíveis em língua portuguesa. *Caderno de Saúde Pública*. 2017; 33(2): 1-11.

8. Andrade RPS, Maia VF, Queiroz RFd, Carreiro GSP, Villa TCS, Pinto ESG. Professional contribution of primary health care for assisted self care to patients with tuberculosis. *Rev Fund Care Online*. 2016; 8(3): 4857-63.

9. Souza WKSBD, Jardim PCBV, Brito LP, Araújo FA, Sousa ALL. Automedida da Pressão Arterial para o Controle das Cifras Tensionais e para a Adesão ao Tratamento. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. 2012; 98(2): 167-74.

10. Fernandes BSM, Reis IA, Pagano AS, Cecilio SG, Torres HdC. Construção, validação e adequação cultural do protocolo COMPASSO: Adesão ao autocuidado em diabetes. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2016; 29(4): 421-29.

11. Leite ES, Pimenta CJL, Costa MS, Oliveira FB,

- Moreira MASP, Silva AO. Tecnologia assistiva e envelhecimento ativo segundo profissionais atuantes em grupos de convivência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2018; 1-8.
12. Áfio ACE, Carvalho AT, Carvalho LV, Silva ASR, Pagliuca LMF. Accessibility assessment of assistive technology for the hearing impaired. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69(5): 781-7.
13. Barroso BIdL, Galvão CRC, Silva LBd, Lancman S. A Systematic Review of Translation and Cross-Cultural Adaptation of Instruments for the Selection of Assistive Technologies. *Occupational Therapy International*. 2018: 1-10.
14. Vieira ABD, Alves ED, Kamada I. Cuidando do cuidador: percepções e concepções de auxiliares de enfermagem acerca do cuidado de si. *Texto Contexto Enfermagem*. 2007; 16(1): 15-25.
15. Monteiro MMB, Montilha RdC. Reabilitação Grupal: Expectativas e percepções de portador de deficiência visual. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2012; 45(1): 66-77.
16. Murta AMG, Lessa AdC, Santos AS, Murta NMG, Cambraia RP. Cognição, motricidade, autocuidados, linguagem e socialização no desenvolvimento de crianças em creche. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 2011; 21(2): 220-29.

A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO E INTERVENÇÃO NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Sara Borges de Oliveira¹; Dirceu Alves Carvalho¹; Tallita Rodrigues suriani¹; Kalitta Menezes e Silva¹; Piêrro Anderson Carlos¹; Thaiza Dias dos Anjos² .

RESUMO: Realizou-se uma experiência de assistência ao paciente com hipertensão arterial, através da Metodologia da Problematização no cuidado e atenção em saúde. Objetivou-se mediar a assistência multiprofissional (agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, psicólogos, acadêmicos, entre outros) durante o processo de ensino-aprendizagem de acadêmicos do curso de Medicina do 7º período da Faculdade Alfredo Nasser por meio do Programa Integrado de Estudos na Saúde da Família (PINESF). O V.F.P, masculino, 51 anos, em acompanhamento à saúde pela Estratégia de Saúde a Família (ESF) na Unidade Básica de saúde Jardim Tiradentes, localizada no município de Aparecida de Goiânia, Goiás, Brasil. Seguiu-se todas as etapas da metodologia da problematização com o Arco de Maguerez, tomando por base a realidade do paciente citado, com a proposta de ações de cuidado em saúde que compõem atividades educacionais sobre a doença e manutenção da sua qualidade de vida. Conclui-se que por meio do emprego do método do Arco de Maguerez foram alcançados alguns resultados, entretanto não eficazes, devido a falta de adesão total do paciente. Apesar dos contratempos houve uma contribuição do trabalho no bem-estar do paciente.

Palavras-chave: Metodologia da Problematização. Hipertensão arterial. Promoção de saúde. Intervenção.

ABSTRACT: An experience of assistance to the patient with arterial hypertension was made through the Methodology of Problematization in health care and attention. The objective of this study was to mediate multiprofessional care (community health agents, nurses, physicians, psychologists, academics, among others) during the teaching-learning process of academics of the 7th period of the Alfredo Nasser School of Medicine through the Integrated Program of Studies in Family Health (PINESF). The V.F.P, male, 51 years old, in health follow-up by the Family Health Strategy (ESF) at the Jardim Tiradentes Basic Health Unit, located in the city of Aparecida de Goiânia, Goiás, Brazil. It was followed by all the steps of the methodology of the problematization with the Arch of Maguerez, based on the reality of the cited patient, with the proposal of health care actions that make up educational activities about the disease and maintenance of their quality of life. It was concluded that by using the Arch of Maguerez method some results were achieved, but not effective, due to the lack of total patient adherence. Despite the setbacks there was a contribution of work to the patient's well-being.

Keywords: Methodology of Problematization. Arterial hypertension. Health promotion. Intervention.

¹ Acadêmicos de Medicina da UNIFAN. Aparecida de Goiânia, Goiás.

² Professora do Curso de Medicina da UNIFAN. Aparecida de Goiânia, Goiás.

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada como uma doença crônica, não transmissível e que pode ser controlada. Sendo uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) – $PA \geq 140 \times 90$ mmHg. A prevalência de HAS em idosos varia de 52% a 63% o que permite identificar como um problema de saúde pública, conferindo ao paciente um alto risco cardiovascular (IBGE-2010). A fisiopatologia envolve dois aspectos, sendo eles o aumento da resistência vascular periférica que depende também da espessura da parede das artérias e o segundo fator é o aumento do débito cardíaco que está condicionado pelo retorno venoso e a frequência cardíaca (BORELLI, 2008).

Os principais fatores de risco são: tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, estresse, elevado consumo de sal, altos níveis de colesterol, sedentarismo e alguns fármacos. Além desses fatores de risco, existe predileção pela raça negra, diabéticos e aumenta com a idade. A clínica em geral é assintomática, os sintomas e sinais costumam aparecer somente quando a pressão arterial eleva-se muito, podendo ocorrer dores no peito, cefaleia, tonturas, zumbido no ouvido, astenia, visão embaçada e sangramento nasal (LONGO; MARTELLI; ZIMMERMANN, 2011).

Estabelecemos o diagnóstico basicamente pelo encontro de níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites de normalidade. Portanto, a medida da pressão arterial é o elemento-chave para a comprovação

do diagnóstico da patologia, essas aferições podem ser realizadas no consultório médico, ou por meio do MAPA, que é um método automático de medida indireta e intermitente da pressão arterial durante 24 horas, enquanto o paciente realiza suas atividades rotineiras, inclusive durante o sono (SANTELLO et al, 1999).

A abordagem terapêutica da HAS fundamenta-se no controle da patologia, buscando promover a qualidade de vida, reduzir e prevenir as complicações geradas pela doença. A partir disso é feito um tratamento multidisciplinar, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas. A mudança comportamental no estilo de vida com a adesão a um plano alimentar saudável e prática de atividade física se faz imprescindível para o tratamento da HAS. Juntamente com o uso de medicações essenciais para o controle da pressão arterial, sendo os anti-hipertensivos, que são usados de forma contínua e a dose são adaptados a cada paciente de acordo com sua necessidade terapêutica (PRADO; RAMOS; VALLE, 2010).

Sendo uma doença crônica predispose a ocorrência de inúmeras complicações severas como: retinopatias, doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica, doença vascular de extremidades e vários outros, tudo isso pelo fato dos órgãos-alvo sofrerem com as constantes lesões ocasionadas pela (HA), a qual muitas vezes é um mal silencioso, onde os portadores relatam não sentir nenhuma sintomatologia, o que dificulta ainda mais a realização do diagnóstico e respectivamente do

tratamento precoce (SACRAMENTO et al, 2006).

2. OBJETIVO

Descrever a importância da promoção e intervenção no controle hipertensão arterial através de um relato de experiência.

3. METODOLOGIA

Neste estudo foi demonstrada a atenção e intervenção dos acadêmicos de medicina a um paciente com hipertensão através da utilização do Arco de Maguerez, por meio do Programa Integrado de Estudos na Saúde da Família (PINESF). Durante o PINESF, realizado no primeiro semestre de 2019 na Unidade Básica de Saúde Tiradentes, na cidade de Aparecida de Goiânia, Goiás, os alunos do 7º período do curso de medicina da Faculdade Alfredo Nasser vivenciaram a realidade de uma família e suas dificuldades cotidianas.

A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez tem como ponto de partida a realidade que, observada sob diversos ângulos, permite ao estudante ou pesquisador extrair e identificar os problemas existentes. Tal arco parte da realidade social e após análise, levantamento de hipóteses e possíveis soluções, retorna à realidade. As consequências deverão ser traduzidas em novas ações, desta vez com mais informações, capazes de provocar intencionalmente algum tipo de transformação nessa mesma realidade (BERBEL, 1960).

A metodologia adotada do ponto de vista teórico estará enfocada na Teoria da Problematização de Neusi Aparecida Navas Berbel, com as cinco etapas do Arco de

Maguerez : 1) Observação da Realidade, 2) Identificação dos Problemas-Pontos Chaves, 3) Teorização, 4) Hipóteses de Solução – Planejamento, 5) Aplicação – Execução da ação (Prática) (ALENCAR, 1988).



Figura 1: Arco de Maguerez (Bordenave; Pereira, 2005)

A teorização do trabalho foi realizada através de busca online no banco de dados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde foram pesquisadas as bases de dados da Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Cochrane, Scientific Electronic Library Online (SciELO), livros, busca manual de referências bibliográficas nos estudos selecionados e em sites de instituições de referência na área pesquisada. A busca do conteúdo foi feita nos meses de março, abril e maio do ano de 2019. Foram usados os descritores: metodologia da problematização, hipertensão arterial, promoção de saúde.

Estabeleceu-se os seguintes critérios de exclusão: artigos não disponíveis na íntegra, fora do recorte temporal e em duplicata, resumos, dissertações de mestrado e artigos cuja sistemática não estavam condizente com o tema

pesquisado. Em seguida adotou-se os critérios de Inclusão: artigos publicados entre 1999 a 2016, artigos em inglês e português e publicados na íntegra.

Ademais, é importante relatar que o trabalho guiou-se pelas cinco etapas do Arco de Maguerez. Inicialmente o trabalho foi composto por visitas regulares, sendo feitas sete visitas, começamos com a observação da realidade e estabelecimento dos pontos chaves. Nesta etapa inicial, a Agente Comunitária de Saúde (ACS) da UBS do paciente adotado acompanhou e auxiliou o grupo de acadêmicos nas três primeiras visitas domiciliares orientando sobre as repercussões clínicas do paciente, auxiliando na observação da realidade, no estabelecimento dos pontos chave, que, também, foram discutidos com a preceptora. Posteriormente, realizou-se a escolha do fato que mais assola a paciente, como pontos chaves, seguido de estudo sobre o fato, para tentarmos compreender todo o seu desenvolvimento. Consequente, após reuniões dos acadêmicos de medicina com a preceptora e debates sobre hipóteses de solução, pode-se, enfim desenvolver o trabalho.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Etapa 1 – Observação da Realidade

Paciente V.F.P, masculino, 51 anos, brasileiro, casado, branco, natural de Goiânia, reside em Aparecida de Goiânia, zona urbana, católico não praticante, aposentado e comerciante. Mora em residência própria apenas com a esposa, sendo o mesmo responsável pelo sustento da casa através da renda do comércio. A residência tem seis cômodos, bem higienizados, organizados e saneamento básico.

Na anamnese, referiu como queixa principal uma dor no peito. Na história da doença atual: relata que sente a dor no peito com característica em aperto todos os dias e que passa com o uso de fármacos analgésicos. No interrogatório sintomatológico nos contou que sofre alguns episódios de cefaleia de curta duração, padrão de sono irregular, agitado, acorda todos os dias pela manhã a cinco horas (5hs) e no período da noite dorme as vinte horas (20hs), também apresenta constipação intestinal esporádica.

Nos antecedentes pessoais: segundo o paciente ele tem hipertensão arterial há 10 anos, relata que passou por sete procedimentos de angioplastia com cateterismo, sendo a última há seis meses. Nos antecedentes familiares: o pai tinha hipertensão arterial e a mãe tinha diabetes, nega caso na família de câncer. Não apresenta alergia a fármacos ou alimentos.

Paciente tem pouca perspectiva de melhora da doença, entretando busca o controle da hipertensão arterial, pois sabe que é importante prevenir as complicações da doença, sendo orientado pelo médico da UBS inicialmente e posteriormente por nós, mas não tem auxílio familiar ou de cuidador.

Medicamentos em uso: clopidogrel 75mg uma vez ao dia, é um antagonista do receptor de difosfato de adenosina (ADP), que bloqueia o componente P2Y12 do receptor de ADP e inibe a ativação e agregação plaquetária, utilizando principalmentel na prevenção de eventos isquêmicos em pacientes de alto risco.

Sinvastatina 20mg uma vez ao dia: pertencente do grupo das estatinas, que atua inibindo a hidroximetilglutaril coenzima A

reduzase. Indicada para o tratamento de dislipidemias, tendo como objetivo a redução dos níveis de colesterol LDL (ruim) e triglicerídeos e aumento do colesterol HDL (bom) no sangue.

Losartana potássica 50mg 2 vezes ao dia é um antagonista do receptor (tipo AT1) da angiotensina II, está reduz o risco combinado de morte cardiovascular, acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio em pacientes hipertensos com hipertrofia ventricular esquerda e oferece proteção renal para pacientes com diabetes tipo 2 e proteinúria.

Metformina 850mg 1 vez ao dia, é o único medicamento da classe da Biguanidas aprovada para uso clínico. Sua ação ocorre através de três mecanismos básicos: (1) inibição da gliconeogênese hepática, principal mecanismo responsável pela hiperglicemia de jejum, o que contribui para 75% de sua ação hipoglicemiante; (2) Melhora da sensibilidade dos tecidos periféricos à insulina; (3) redução do *turnover* de glicose no leito esplâncnico. Apresenta uma metabolização não hepática, sendo excretada intacta na urina.

Hábitos de vida: tem uma alimentação hipercalórica, fizemos um recordatório alimentar: café da manhã: pão de queijo, leite e café, almoço: cinco colheres de macarrão, arroz, feijão e verduras, não lancha e a janta é a mesma do almoço. Costuma consumir pouca água, em média 500ml de água por dia. É sedentarismo, nega tabagismo e etilismo.

Exame físico: Peso: 92 kg Altura: 1,70 m. IMC: 31,83 , com obesidade grau I, circunferencia abdominal: 125. Sinais vitais: normotérmico com temperatura axilar de 36,3°C, Normosfigmia com pulso de 69 bpm, eupnéico

com FR de 18 ipm, normocárdico com FC de 80 bpm, com PA 120x80 mmhg. BEG, corado, hidratado, anictérico, acianótico, consciente, deambula sem dificuldade. Cabelos e couro cabeludo com sujidades (seborréia), pele do rosto normal, ouvidos com presença de cerume, sem dificuldade auditiva, pupilas isocóricas, foto reagentes, mucosa ocular corada sem secreções, narinas com sujidades, sem secreções, boca sem lesões, língua saburrosa, presença das arcadas dentárias superior e inferior, tonsilas palatinas normais e mucosas coradas. Ausência de massa ou nódulos palpável no pescoço e rede ganglionar sem alterações.

Tórax simétricos (sem alterações anatômicas), expansibilidade pulmonar normal, na ausculta pulmonar murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios, ritmo cardíaco normal, em dois tempos, sem sopro e bulhas normofonéticas. Abdome atípico, rígido, cicatriz umbilical apresenta-se mediana, simétrica, ruídos hidroaéreas presentes, com ausência de visceromegalia e ausência de dor a palpação superficial e profunda. Pulsos periféricos palpáveis, sem edema. Paciente não guardou seus exames laboratoriais e de imagem.

4.2 Etapa 2 – Pontos Chaves

O problema levantado no caso foi evidenciado aos poucos durante as visitas domiciliares, através da convivência com a família e da observação da realidade, o que facilitou a visualização do contexto e o recorte do problema para que fossem estabelecidos os seguintes pontos chaves:

- Falta de conhecimento apropriado sobre a patologia.

- Ausência de exercícios físicos
- Alimentação Inadequada.

Observando os elementos e a abrangência do problema elaborado e citado, foi necessário buscar fontes que norteassem a análise e reflexão dos pontos-chaves.

4.3 Etapa 3 – Teorização

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Na atualidade é a causa mais comum de doenças cardiovasculares, afetando aproximadamente 20% da população adulta em sociedades industrializadas. A fisiopatologia pode ser decorrente do aumento da resistência vascular periférica que depende também da espessura da parede das artérias, existindo uma potencialização ao estímulo vasoconstritor nos vasos. Outro fator é a elevação do débito cardíaco, está também é responsável pela gênese da hipertensão arterial, devido a fatores como a contratilidade, relaxamento do miocárdio, o volume sanguíneo circulante, o retorno venoso e a frequência cardíaca (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Alguns fatores colaboram no aparecimento da patologia podemos citar a idade, principalmente a idade, acima de 50 anos, o excesso de peso, o sedentarismo, a ingestão aumentada de sal e álcool, o consumo pregresso ou atual de medicamentos ou drogas que podem interferir entre eles, os anti-inflamatórios, anorexígenos, descongestionantes nasais, fatores socioeconômicos e genéticos, além de tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, estresse, raça

negra, diabétes e outros (LONGO; MARTELLI; ZIMMERMANN, 2011); (SANJULIANI, 2002).

É uma doença praticamente assintomática, quando aparece clínica o paciente já está com níveis pressóricos muito elevados, sendo o sintoma que mais frequente e específico a cefaleia, está em geral é suboccipital, pulsátil, que ocorre nas primeiras horas da manhã e vai desaparecendo com o passar do dia, pode ter outros sintomas e sinais como: epistaxe, escotomas cintilantes, zumbidos, fadiga e outros que também são inespecíficos não patognomônicos para o diagnóstico de hipertensão arterial (BORELLI et al, 2008).

O diagnóstico é feito com a utilização da medida de pressão arterial, devendo ser realizada em toda avaliação médica ou por outros profissionais da saúde. Na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, utilizar-se como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/ diastólica, respectivamente. Caso o médico fique em dúvida, pode pedir o exame MAPA, que é uma monitorização automática e persistente da pressão arterial no período de 24 horas (PIERIN; MION, 2000).

O tratamento não farmacológico seria medidas para prevenção de complicações e redução dos sintomas clínicos da doença, entre eles a redução ou controle de peso através de um estilo alimentar saudável, redução do consumo de sal, consumo de ácidos graxos insaturados (ômega 3),

fibras, proteína de soja, oleaginosas, chocolate amargo, laticínios, alho, chá e café, moderação no consumo de álcool realização constante de atividade física, controle do estresse psicossocial, cessação do tabagismo e acompanhamento com equipe multiprofissional, entre eles, médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física (SCHMIDT et al, 2004), (PAIZAN; MARTIN, 2009).

A intervenção farmacológica tem como objetivo primordial a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade. A prescrição dos fármacos depende dos estágios da hipertensão, se for o estágio 1 com baixo e moderado risco cardiovascular deve-se prescrever os anti-hipertensivos de qualquer classe com exceção dos vasodilatadores diretos. Se o paciente tiver alto risco cardiovascular deve tomar dois anti-hipertensivos de classes diferentes e em baixas doses. Se tiver no estágio dois e três, segue a indicação do alto risco para o estágio 1. Caso haja resposta inadequada ao tratamento ou efeitos intoleráveis deve trocar os fármacos ou acrescentar outro ou aumentar a dose, dependendo de cada necessidade (ROSA et al, 2009).

Podem acontecer inúmeras complicações, entre elas, destacamos: hipertensão maligna, acidente vascular encefálico hemorrágico, insuficiência cardíaca congestiva, nefroesclerose, doença arterial coronariana, morte súbita, acidente vascular encefálico isquêmicas, limitações físicas, múltiplas cirúrgias. Associam-se

frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas (SALGADO; CARVALHAES, 2003).

4.4 Etapa 4 – Hipótese de Solução

Mostrar ao paciente o que é a doença e suas principais consequências.

Fazer planilhas alimentares com horários das refeições, cardápios saudáveis e com redução do consumo de sal, observando sua realidade financeira.

Promover a conscientização sobre a importância de realizar a prática de exercícios físicos para prevenir as complicações da hipertensão arterial. Explicar a importância da utilização correta das medicações nos horários prescritos para melhores resultados terapêuticos.

4.5 Etapa 5 – Aplicação da Realidade

Nesta etapa do Arco de Maguerez realizamos a aplicação das hipóteses levantadas conjuntamente acadêmicos de medicina e paciente, sempre em concordância com a preceptora, na etapa passada, sendo aplicadas todas as hipóteses propostas. Baseando nisso foram feitas:

- Esclareceu dúvidas sobre a patologia, suas implicações na vida diária e consequências futuras, caso não haja o controle pressórico adequado.
- Foi realizada de forma insistente orientação quanto à alimentação para que houvesse redução do peso e um melhor controle pressórico.

- Indicou a caminhada diária de no mínimo 30 minutos e que fossem realizadas, preferencialmente, 5 (cinco) vezes por semana para melhor controle pressórico.

- Destacou-se ao paciente, também, a importância de uso regular dos medicamentos para melhor controle da pressão arterial.

O trabalho trouxe grandes benefícios para o paciente, conseguindo ampliar a sua percepção sobre a patologia, conscientizando da necessidade de utilizar os medicamentos de forma correta para ter os efeitos desejáveis. Também houve uma redução satisfatória do peso do paciente que perdeu em dois meses 4 quilos, reduzindo a cintura abdominal para 110cm, através das medidas não farmacológicas feitas na aplicação da realidade. Os pontos negativos foi a redução da quantidade de calórias ingeridas, houve uma melhora da qualidade alimentar, com introdução de alimentos saudáveis na dieta, todavia não houve uma redução em relação a quantidade.

5. CONCLUSÃO

Durante a realização deste trabalho observou-se que houve bastante dificuldade para implantar as intervenções levantadas nos pontos chave em detrimento do desconhecimento adequado dos agravos da doença ao paciente. Entretanto, mesmo com dificuldade, o paciente destacou ter diminuído o consumo de carboidratos, aumentado o consumo de verduras e diminuído a ingestão de sal. E relativo a caminhada indicada, foi adotada a caminhada 3 vezes por semana, ao invés das 5 vezes por semana orientada, por 30 minutos por dia e

alegou que logo iria passar para 5 vezes por semana. Concernente ao uso regular dos medicamentos o paciente destacou, ao final do trabalho, que estava fazendo o uso de forma disciplinada.

Conclui-se que, mesmo com o paciente ainda não tendo adotado todas as sugestões de mudança de estilo de vida propostas, ficou evidente que adoção de medidas, como alimentação saudável, controle do peso, moderada ingestão de sal, praticar atividade física e fazer uso regular dos medicamentos promove benefícios no controle da pressão arterial, evitando assim suas sequelas.

6. CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERBEL, Neusi Aparecida Navas; GAMBOA, Sílvia Ancizar Sánchez. **A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez – uma perspectiva teórica e epistemológica.** *Filosofia e Educação (Online)*. V. 3, N. 2, Out. 2011 – Mar. 2012. Disponível em: <<http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/2846/A%20metodologia%20da%20problematiza%C3%A7%C3%A3o%20com%20o%20Arco%20de%20Maguerez%20uma%20perspectiva%20te%C3%B3rica%20e%20epistemol%C3%B3gica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 04.abril.2019.

BORELLI, F. O. A.; Et al. **Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar.** *Rev Bras Hipertens* vol.15(4):236-239, 2008. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-4/18->

caso-clinico%20.pdf> Acesso em: 04.abril.2019.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/27062003censo.shtm>> Acesso em: 04 abril. 2019.

LONGO, M. A. T.; MARTELLI, A.; ZIMMERMANN, A.. **Hipertensão arterial sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de psicogeriatría do Instituto Bairral de Psiquiatria, no município de Itapira, SP**. Rev. bras. geriatr. gerontol. vol.14 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200008> Acesso em: 04. Abril. 2019.

PAIZAN, M.; MARTIN, J. **Associação entre Doença Periodontal, Doença Cardiovascular e Hipertensão Arterial**. Revista Brasileira de Hipertensão, Rio de Janeiro, v.16, 2009. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-3/11-associacao.pdf>. Acesso em: 04.maio.2019.

PIERIN, A.; MION JR, D. **Medida da Pressão Arterial no Paciente Obeso: O Método Indireto com Técnica Auscultatória e a Monitorização Ambulatorial**. Revista Brasileira de Hipertensão. São Paulo, 2000. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/7-2/011.pdf>. Acesso em: 04.maio.2019.

PRADO, F. C.; RAMOS, J.; VALLE J. R.. **Atualização Terapêutica**. 21 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

ROSA et al. **Avaliação de Esfigmomanômetros: Uma Proposta para Excelência da Medida da**

Pressão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v.93, n.2, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009000800026&script=sci_arttext. Acesso em: 04.maio.2019.

SACRAMENTO, et al. **Hipertensão em uma Unidade de Saúde do SUS: Orientação para o Autocuidado**. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 30, 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=455166&indexSearch=ID>. Acesso em: 04.maio.2019.

SALGADO, C.; CARVALHAES, J. **Hipertensão Arterial na Infância**. *Jornal de Pediatria*, v. 79, Supl.1, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23%284%29103.pdf. Acesso em: 04.maio.2019.

SANJULIANI, A. F.. **Fisiopatologia da hipertensão arterial: conceitos teóricos úteis para a prática clínica**. Revista da SOCERJ - Out/Nov/Dez 2002, Vol XV No 4, P. 210-218. Disponível em <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2002_04/a2002_v15_n04_art02.pdf> Acesso em: 04.maio.2019.

SANTELLLO et al. **III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, São Paulo, v.43, nº4, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27301999000400002&script=sci_arttext. Acesso em: 08.maio.2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Volume 107, Nº

3, Suplemento 3, Setembro 2016. Disponível em:
<http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf> Acesso em:
08.maio.2019.

SCHMIDT et al. **Medida Indireta da Pressão Arterial Sistêmica**. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2004. Disponível em:
http://revista.fmrp.usp.br/2004/vol137n3e4/5medida_in_direta.pdf. Acesso em: 08.maio.2019.

TRANSTORNOS URINÁRIOS NA OBESIDADE

Amandha Ferreira Cariri¹; Fabiana da Silveira Bianchi Perez¹; Gabriela Ferreira Rodrigues Coelho de Oliveira¹; José Natal de Souza¹

RESUMO: A obesidade vem aumentando na sociedade, notadamente no sexo feminino. Com o aumento do peso surgem comorbidades como transtornos perineais, ocasionando, ao obeso, problemas biopsicossociais. Este artigo tem como objetivo, destacar a interferência do sobrepeso no trato urinário, em especial, à incontinência urinária, dada as características de sua origem, complicações e tratamento. No presente estudo foi empregado o método do grupo focal como técnica de coleta e de análise de dados, associado a uma pesquisa de categorias análises essenciais ao assunto obesidade. A aplicação do grupo focal, seja como única técnica ou em combinação com outras, pode oferecer uma importante ferramenta na aproximação dos pesquisadores/profissionais ao universo da população-alvo. Concluiu-se que existem várias técnicas para auxiliar o indivíduo obeso e incontinente, e se faz necessário por parte dos profissionais que os assistem dominá-las e aplicá-las.

Palavras-chave: Obesidade. Transtorno Urinário. Terapêutica Biomecânica Pélvica

ABSTRACT: Obesity has been increasing in society and in the female public. With weight gain, comorbidities such as perineum disorders appear. Which cause biopsychosocial problems. The aim of this article and highlight the overweight interfering in the urinary tract, causing, especially incontinence urination in this obese patient. Given the characteristics of its origin, complications and treatment. The method used was that of the focus group with qualitative analysis. It was concluded with all that there are several techniques to help these obese and incontinent people, it is necessary on the part of the professionals who assist them dominate and apply them.

Keywords: Obesity. Urinary disorder. Boots. Pelvica Biomechanic.

1. Pesquisadores - Faculdade Alfredo Nasser, Aparecida de Goiânia, Goiás.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a obesidade vem aumentando exponencialmente, entre homens e mulheres de todas as faixas etárias, sendo caracterizada uma epidemia mundial.^{1,2,3,4.}

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a obesidade como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura no organismo podendo levar a um comprometimento da saúde.

Para autor uma condição corporal que pode promover o desenvolvimento de diversas doenças no ser humano, como o diabetes mellitus do tipo II, e as disfunções cardiovasculares, atualmente, as principais causas de morte no Brasil.¹ Além disso, destacam os autores, o sujeito obeso tem alta probabilidade de desenvolver vários distúrbios de ordem biopsicossocial como, depressão, transtornos de ansiedade e alteração de imagem corporal.

Tendo em vista que a obesidade é entendida como uma doença, a mesma raramente age sozinha, agrava muitos outros riscos à saúde como a hipertensão, doenças cardiopulmonares, artrite, gota, toxemia na gravidez, problemas psicológicos, baixa tolerância a calor, disfunções osteomusculares, levando a quadros algícos generalizados, limitações funcionais e distúrbios do assoalho pélvico,^{5,6,7.}

Das comorbidades da obesidade as disfunções do assoalho pélvico, profissionais e pacientes, quase não abordam a existência e o tratamento das disfunções sexuais, proctológicas e urinárias, não devido a baixa incidência, talvez por um preconceito que ainda exista em torno do assunto, ou à falta de conhecimento amplo na abordagem

terapêutica por parte dos profissionais especializados na área.

Neste artigo destacaremos o sobrepeso interferindo no assoalho pélvico, especificamente no trato urinário, visto que com o aumento do peso corporal, aumenta também a deposição de gordura na bexiga, útero e intestino, causando elevação na pressão abdominal, repercutindo no aumento da pressão vesical, o que gera um desequilíbrio entre a pressão vesical e a pressão uretral, ocasionando a perda urinária, aos esforços, ou por uma hiperatividade do músculo detrusor.

Neste contexto, este trabalho justifica-se, pela importância na estrutura biopsicossocial dos pacientes obesos, dada às características de sua origem, complicações e tratamento, principalmente no que tange a incontinência urinária, que leva o indivíduo obeso ao isolamento social.

MATERIAL E MÉTODOS

Neste estudo utilizamos como método a pesquisa descritiva-qualitativa, que visa abarcar as percepções, conhecimento, sentimentos e compreensão de indivíduos obesos, sobre Incontinência Urinária e obesidade.

Após a pesquisa documental, foram realizadas entrevistas semiestruturadas e o grupo focal com diversos indivíduos obesos que pudessem descrever sua percepção sobre o tema objeto deste trabalho.

Para a realização da entrevista semiestruturada, individual, foram selecionadas, 04 (quatro) mulheres com histórico ou vivência com

a obesidade, sendo todos do sexo feminino com diversas áreas de atuação profissional e idades. Sendo uma psicóloga com 50 anos de idade, uma enfermeira com 47 anos, uma estudante do ensino médio com 30 anos e uma autônoma com 55 anos.

O tratamento das informações obtidas nas entrevistas semiestruturadas e do grupo focal, registradas em meio eletrônico, foi realizado a partir da audição e leitura repetida do material, cuidando para reservar espaço suficiente no texto transcrito para realizar anotações, ou mesmo a seleção de falas que apontem para as questões da pesquisa.

De acordo com o autor a metodologia qualitativa aplicada à saúde, não busca estudar o fenômeno em si, mas entender o significado deste fenômeno no âmbito individual ou coletivo, pois este tem função estruturante para a vida das pessoas, uma vez que as mesmas organizam suas vidas a partir destes significados por elas atribuídos⁸.

Para o autor as metodologias qualitativas são as capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, relações, estruturas sociais, sendo estas compreendidas como construções humanas significativas⁹. No intuito de interpretar os significados sejam estes de natureza psicológica ou sociocultural trazidos pelos indivíduos no que diz respeito aos múltiplos fenômenos inerentes ao campo saúde- doença.

Atualmente a pesquisa qualitativa se destaca no meio científico ocupando um lugar peculiar no que se refere ao estudo dos fenômenos que envolvem os seres humanos no cenário social. Dessa forma, a racionalidade cede espaço à

subjetividade

Os grupos focais podem ser utilizados isoladamente ou associado a outros métodos (triangulação), o que permite uma maior validação dos resultados da pesquisa. O grupo focal se constitui em uma importante técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas.

A Literatura define grupos focais como uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador.¹⁰ Como técnica, ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade. Pode ser caracterizada também como um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos¹¹.

O Grupo Focal em seu caráter subjetivo de investigação é utilizado como Estratégia Metodológica Qualitativa, consoante nos informa autor já que a Pesquisa Qualitativa caracteriza-se por buscar respostas acerca do que as pessoas pensam e quais são seus sentimentos¹².

Os dados coletados através da utilização da Metodologia de Grupo Focal neste artigo são de natureza qualitativa. Isto implica na análise qualitativa dos dados sem a intervenção estatística. A análise dos dados deve ser feita levando-se em consideração o contexto social, visto que são dados potencialmente subjetivos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1-Consequências da obesidade

Considerando que os efeitos da obesidade na infância e adolescência, podem ser notados ao longo prazo, com risco de mortalidade aumentado, em doença coronariana, e nas

mulheres com riscos gestacionais e fetais, conforme autores,¹³, pode ser evidenciado na fala de mulheres que passaram por cirurgia bariátrica; “desde jovem era cheinha, mas depois do primeiro filho...”; “antes de casar tinha cinturinha fininha, depois de 3 meses de casada só fui engordando e não parei mais”.

O tratamento da obesidade é um processo lento e requer intervenção interdisciplinar, argumenta¹⁴. Isto por ser uma doença crônica com possibilidade de recidiva, pois demanda alterações no estilo de vida do obeso, acompanhadas de mudanças no seu modo de pensar e sentir, esta afirmativa pode ser observada na seguinte fala de uma das participantes da pesquisa, “sempre vivi em torno da comida, família de italiano sente prazer em comer. Após a bariátrica agradeço ao Dumping, pois se ele não existisse, se eu não passasse mal continuaria comendo como antes...”

Segundo autores, a abordagem interdisciplinar da obesidade é necessária devido à complexidade das alterações encontradas, sendo utilizado tratamento psicoterápico grupal e/ou individual, podendo até ser necessário o uso de medicação específica^{14, 15}.

As comorbidades ósseas, cardiovasculares e psíquicas são as mais pesquisadas e abordadas no contexto terapêutico da obesidade. Enquanto que as alterações perineais, que abordam incontinências urinárias, fecais e disfunções sexuais, quase não são relatadas.

2-A incontinência Urinária no obeso

A incontinência urinária (IU), segundo a OMS, é a perda involuntária de urina, seja esta volumosa ou não. Independente do quantitativo a

perda urinária traz transtornos sociais e de higiene ao indivíduo. Tendo como clínica, uma fraqueza dos músculos perineais (MAP), uma instabilidade detrusora (músculo da bexiga) ou mista associação da fraqueza do MAP com ID. Em uma avaliação clínica não importa o tipo da incontinência, será evidenciada neste paciente uma diferença de pressões vesical e uretral, que gera a perda involuntária de urina. Pressão vesical (PV) será maior que a pressão uretral (PU).

O profissional que trabalha na área urológica definirá o tipo de incontinência pela avaliação dos sintomas clínicos, pelo exame de urodinâmica, urofluxometria e cistometria, e pela avaliação fisioterapêutica de força perineal com o uso do aparelho miofeedback ou biofeedback e a avaliação postural da biomecânica pélvica que observa o alinhamento lombopélvico (antero-versão pélvica ou retroversão pélvica – ambas favorecem o enfraquecimento dos músculos perineais); exame que se faz obrigatório nas pacientes obesas e não se faz necessário nos pacientes não-obesos.

Estimativas apontadas pela Sociedade Brasileira de Urologia (2015) relatam que 35% das mulheres após a menopausa sofrem de incontinência urinária ao fazer algum esforço e 40% das gestantes vão apresentar um ou mais episódios do problema durante a gestação ou logo após o parto, devido o aumento abrupto de peso no período gestacional e a alteração da biomecânica pélvica que ocorre neste período gerando um enfraquecimento do MAP. O mesmo ocorre nas pessoas com obesidade que além da alteração da biomecânica pélvica e do aumento da pressão abdominal podemos observar as distopias dos órgãos pélvicos favorecendo

assim a incontinência urinária, como relatado nesta fala “após aumento de peso sempre perdia urina ao tossir e no sexo na hora de gozar”.

Na literatura relata em seu estudo, que, ao exame urodinâmico, a pressão intravesical se eleva durante a realização da manobra de Valsava significativamente maior na paciente obesa e, após o emagrecimento, houve um aumento da transmissão passiva da pressão à bexiga e uretra e diminuição da mobilidade da junção uretrovesical²⁰. A observação feita por mulheres que participaram do grupo focal, corroboram a visão do autor “antes da cirurgia tinha perda urinária, depois melhorou”; “não tenho mais perda urinária, e antes levantava 3 vezes à noite, agora não preciso mais...”; “atrapalhava até o sexo pois não dava tempo nem de dar um beijinho, tinha que sair correndo para fazer xixi, depois que acabava o sexo”.

As mulheres incontinentes raramente falam sobre o seu problema e, quando questionadas, muitas vezes procuram omitir por se sentirem constrangidas, não procurando tratamento. Amiúde, a não intervenção do profissional especializado refletirá negativamente na realização das atividades de vida diária²¹, como se observa na fala de algumas mulheres: “fiz períneo porque perdia muita urina, se espirrasse ou tossisse já sentia toda molhada mesmo com o protetor...; mas o que mais me incomodava era a obesidade, porque sentia muita vergonha, não conseguia sair pra lugar nenhum...”.

Em pesquisa sobre qualidade de vida de pacientes com IU,²² relataram que a IU interfere bastante na qualidade de vida destes indivíduos, onde o relato de constrangimentos devido ao uso de absorventes higiênicos, a roupa molhada e o

cheiro da urina, com considerável repercussão no estado emocional. O autor concluiu que a IU gera impacto no dia a dia das mulheres, além das alterações já citadas acima, como restrições na relação sexual.

3- Biomecânica pélvica na IU e a Obesidade

No organismo humano temos ações interligadas dos vários sistemas corporais, ou seja, um sistema interfere em vários outros simultaneamente. Sendo assim ao falarmos da obesidade temos que lembrar da interligação com a síndrome metabólica que altera o equilíbrio metabólico nutricional e o gasto energético levando então uma alteração na função glandulares gerando sobrecarga no sistema cardiorrespiratório, geniturinário, proctológico e musculoesquelético.

A disfunção metabólica afeta grupos que leva a deposição e acúmulo de carboidratos e lipídios nos tecidos adiposo, nas artérias, nos órgãos como gordura visceral impedindo o funcionamento adequado de bexiga, fígado, coração de forma que engloba todos órgãos e sistemas do organismo, como relatado pela participante do grupo focal, “não sentia nada, resolvi fazer a cirurgia por me ver comendo uma pizza grande e um litro de refrigerante sozinha e querendo mais comida, mas nos exames preparatórios para a cirurgia deparei com problemas como esteatose hepática..”

No geral o mais afetado visivelmente é o sistema musculoesquelético pois interfere no tônus, ou seja, na contração por causar a diminuição da irrigação sanguínea, conseqüentemente tornando-o propenso a ter doenças musculoesqueléticas, e devido ao grande

aumento de glicose no organismo abri-se comportas que possibilita o atravessamento das mesmas até o sangue. Como Feedback o carboidrato é disponibilizado pelo sistema chave fechadura, onde chega tanta glicose que o organismo se esgota e acaba não reconhecendo mais, com o acúmulo de glicose, modula o receptor que altera a configuração espacial para que o caminho seja liberado, esse portal se encaixa a glicose ativando outros portais recebendo os emaranhados de glicose para a célula produzir ainda mais energia.

A produção exarcebada de energia começa a não ter a modulação através da insulina e o indivíduo começa a ter um processo de aumento de glicose no sangue. O sangue com aumento da glicose fica com a densidade muito alta, começa a quebrar lipídios gerando um desequilíbrio maior, pois altera os nervos periféricos provocando um processo inflamatório generalizado gerando muitas dores musculares e articulares com piora quando as células musculares produzem ácido láctico e corpos cetônicos onde gera uma intoxicação do organismo, tornando ineficaz a ação das fibras musculares por não conseguirem realizar a contração coordenada consequentemente levando a fraqueza muscular, devido à extensão e largura da pelve como todo é necessário que a musculatura do assoalho pélvico fique rígida, fortalecida para manter os órgãos sobre a bacia e manutenção da continência urinária, continência fecal e função sexual.

Sabendo disso a articulação lombossacra juntamente com os músculos e ligamentos pélvicos que sofrem o sobrepeso e a fraqueza perineal, dada pela síndrome metabólica e pela

postura adotada interfere na função do vetor de contração dos músculos levando a incontinência, ou, seja, mesmo que o indivíduo tente contrair, o organismo não consegue responder ao estímulo devido à fraqueza muscular e à adaptação errada do corpo, sendo assim o vetor de contração comprime uma área e relaxa a outra área que estará alterada consequentemente mudando a posição da pelve, ou seja mesmo que o corpo queira contrair o estímulo é diferente, pois não terá força na musculatura envolvida, neste sentido é o que expõe uma participante do grupo focal que sempre foi obesa – “sempre perdi urina desde pequena tinha dificuldade de segurar, um dia brincando de subir em árvore urinei lá de cima no meu irmão e coleguinhas”

Portanto para que haja os movimentos osteocinemáticos da coluna como todo, é necessário que a própria adote uma postura de rigidez longitudinal e uma base firme com finalidade de permitir os movimentos e a sustentação das estruturas contidas em si como costelas e músculos abdominais, sendo de suma importância os movimentos de flexão, extensão, lateralização, rotação e circundação por estarem presentes em toda a coluna vertebral. A estabilidade vertebral depende de fatores que fazem contraposição às cargas recebidas pois é o papel da articulação zigoapofisárias, dos ligamentos, e da musculatura envolvida realizar a adaptação.

Sendo assim as forças que atuam sobre a coluna vertebral sofrem ações antagônicas de tração e compressão. A descarga de força ocorre quando o corpo vertebral recebe a carga e a sobrecarga da compressão e da lâmina igualmente sendo auxiliados há manter

homeostasia de tração por músculos e ligamentos paravertebrais.²³

O assoalho Pélvico composto por fibras tipo I responsável pelas contrações involuntárias com a manutenção do tônus, é recrutada em repouso sendo a responsável pela ação antigravitacional dos músculos do assoalho pélvico e a manutenção da continência urinária em repouso, e fibras tipo II, rápidas de pouca resistência, produzem alta força na contração quando recrutadas responsável por resistir a elevação súbita da pressão intra-abdominal além de contribuir com o aumento da pressão de fechamento uretral²⁴.

A abertura e o fechamento da uretra é denominada pela contração e relaxamento do músculo pubococcigeo, onde para a contração tem o auxílio dos ligamentos puboouretrais que possibilita a sustentação da uretra permitindo que o músculo levantador do ânus e transverso profundo realiza uma força para manter a uretra fechada, e durante o relaxamento o músculo pubococcigeo, o levantador e o transverso permite a abertura do orifício.

4- Técnicas de tratamento

Em 2005, a Sociedade Internacional de Continência indicou o tratamento fisioterapêutico como uma opção de primeira escolha para a IU, considerando seu baixo risco, custo reduzido e por ter a eficácia comprovada²⁵.

Segundo a literatura, a fisioterapia tem como objetivo melhorar a consciência corpórea do assoalho pélvico e realizar fortalecimento dessa região através de exercícios específicos²⁶.

Algumas técnicas fisioterapêuticas são: exercícios de Kegel, uso de cones vaginais,

eletroestimulação, cinesioterapia, biofeedback, entre outros. Nessa perspectiva, a fisioterapia contribui também para o tratamento das disfunções sexuais femininas, com melhora ou cura dos sintomas causados pela IU,^{27, 28}. Neste contexto, uma participante relata que “tinha dificuldade para sentir orgasmo antes da cirurgia bariátrica, melhorou depois da cirurgia um pouco, mas sentiu muita diferença no prazer, após exercícios fisioterápicos.”

Descritores consideram biofeedback perineal, na reabilitação da musculatura pélvica, um dos mais utilizados.²⁹ Este consiste em um retro controle biológico permitindo a conscientização de uma função fisiológica inconsciente.

As pacientes devem passar, antes, por uma avaliação cinética funcional, para avaliar a força de pressão vaginal por biofeedback. Apesar de sua principal utilização ser trabalhar a musculatura sob controle, ele pode também ter outras indicações como: conscientização muscular, que se dá por meio da utilização de um sinal visual e/ou auditivo; fortalecimento; e um trabalho de manutenção da contração. Esta técnica é muito utilizada no paciente incontinente e se faz imprescindível no paciente obeso pelos seguintes fatores: o sobre peso sob o períneo dificulta a consciência de contração muscular do indivíduo, sendo necessário esse dispositivo para uma real visualização da contração dos músculos perineais e não uma contração de músculos acessórios. Outra razão para o uso desta técnica é que devido as camadas de avental de gordura abdominal e em adutores- coxas; dificulta a contração voluntária e a utilização da eletroestimulação com eletrodos de superfície externos no períneo, sendo mais eficaz e viável a

aplicação do biofeedback e da eletroestimulação com eletrodos endovaginais em especial com o uso de EMG, para detectarmos se há o uso de músculos acessórios.

Outra maneira de utilizar o biofeedback é por meio do exame eletromiográfico (EMG), que não é influenciado por variações de pressão e temperatura, sendo possível registrar o potencial de ação muscular, mesmo que eles não desencadeiam movimentos.²⁹

Outra técnica muito utilizada para reorganizar a função de contração da musculatura detrusora da bexiga, a qual se encontra hiperativa na IU por instabilidade do detrusor de acordo com³⁰ é a eletroterapia com a corrente TENS (estimulação elétrica transcutânea) burst no tibial posterior, a qual é uma nova estratégia de manejo dos sintomas da IU ativando reflexos inibitórios pelos aferentes dos nervos pudendos, com ativação das fibras simpáticas nos gânglios pélvicos e no músculo detrusor.

Pode ser considerado como uma mescla do TENS acupuntural (alta intensidade e baixa frequência), com o convencional (baixa intensidade e alta frequência). O modo burst de funcionamento trabalha com alta frequência de pulsos individuais (40 a 150 Hz), distribuídos em trens de baixa frequência, repetidos de 1 a 5 vezes por segundo. Os pulsos variam de 1 a 10 Hz, com duração de pulso variando de 100 a 200 µs, e são sentidos como um estímulo único pelo paciente³¹.

De acordo com os trabalhos de Perez et al (2016), esta técnica apresenta resultados excelentes, por ser não doloroso, prático, confortável, não-invasivo e não gerando

constrangimento ao paciente.

Aplicado na perna com os eletrodos fixados no maléolo medial e a 10cm acima, bilateralmente, reduz o uso de medicamentos anticolinérgicos. O que favorece a pessoas obesas, com IU que em sua maioria faz uso de vários fármacos devido à suas comorbidades.³²

Sendo assim, há varias técnicas que assistem a estes pacientes, no assunto da incontinência urinária, e transtornos do períneo no paciente obeso, propiciando a estes uma melhora da qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Novas e avançadas técnicas na assistência à obesidade e na incontinência urinária, estão sendo propostas. Cabe aos profissionais envolvidos, se atualizarem, e propiciar aos seus pacientes, melhora em sua qualidade de vida.

A conduta com o paciente deve ser multidisciplinar, com auxílio de nutricionista, psicólogo e médico, deve-se realizar a diminuição de tecido adiposo no organismo e seu emagrecimento. Em conjunto, o papel do fisioterapeuta será realizar técnicas para despertar a musculatura, tanto do assoalho pélvico como da região lombossacral, restabelecendo o rearranjo do assoalho pélvico e lombar.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1- CUNHA, A. C. P. T.; NETO, C. S. P. Indicadores

- de obesidade e estilo de vida de dois grupos de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Fitness & Performance Journal*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 146-154, 2006
- 2- AFONSO, C. T.; CUNHA, C. F.; OLIVEIRA, T. R. P. R. Tratamento da obesidade na infância e adolescência: um a revisão da literatura. *Revista Medica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 131-138, 2008.
- 3- ENES, C. C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 163-171, 2010.
- 4- FERREIRA, J. S.; AYDOS, R. D. Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 97-104, 2010. *Conexões: revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP*, Campinas, v. 10, n. 1, p. 133-153, jan./abr. 2012. ISSN: 1983-9030
- 5- POWERS, S. K. e HOWLEY, E. T. *Fisiologia do exercício: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho*. 5. ed. Barueri: Manole, 2005
- 6- BRAY, G. A. Sobrepeso, Mortalidade e Morbidade. In: Bouchard, C. (Org.). *Atividade física e obesidade*. São Paulo: Manole, 2003. p. 35-62.
- 7- SUPLICY, H. L. Quais as consequências do excesso de peso? as doenças associadas à obesidade. In: HALPERN, A.; MANCINI, M. C. (Org.). *Manual de obesidade para o clínico*. São Paulo: Roca, 2002. p. 61-84.
- 8- TURATO, E.R.; Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Sa´deP´blica*. v. 39, n.3, p.507-14, 2005.
- 9- MINAYO, M. C. S. *Os Muitos brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.
- 10- Morgan, D.(1997). *Focus group as qualitative research*. *Qualitative Research Methods Series*. 16. London: Sage Publications.
- 11- Veiga, L. & Gondim, S.M.G. (2001). A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. *Opinião Pública*. 2(1), 1-15.
- 12- DEBUS M. *Manual para excelência em investigação mediante grupos focais*. Washington: Academy for Educational Development, 1997.
- 13- MUST A. Morbidity and mortality associated with elevated body weight in children and adolescents. *Am J Clin Nutr* 1996 S1; 63: 445-7.
- 14- BARROS, C.. *Alcoolismo, Obesidade, Consulta Psiquiátrica*. POA: Movimento, 1994.
- 15- MELLO FILHO, J. *Grupo e Corpo*. POA: Art. Méd., 2000.
- 16- BROWN JS, SEELEY DG, FONG J, BLACK DM, ENSRUD KE, GRADY D. Urinary incontinence in older women: who is at risk? *Obstet Gynecol*. 1996;87(5 Pt 1):715-21.
- 17- BROWN JS, GRADY D, OULANDER JG, HERZOG AR, VARNER RE, POSNER SF. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. *Obstet Gynecol*. 1999; 94(1):66-70.
- 18- Santos CRS, Santos VLCG. Prevalence of urinary incontinence in a random sample of the urban population of Pouso Alegre, Minas Gerais, Brazil. *RevLatinoamEnferm* 2010;18(5):903-10.
- 19- MOLLER LA, LOSE G, JORGENSEN T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Obstet Gynecol*. 2000;96(3):446-51.
- 20- BUMP RC, SUGERMAN J, FANTL A.; McCLISCH DK. Obesity and lower urinary tract function in women: effect of surgically induced weight loss. *Am J ObstetGynecol*. 1992;167(2):392-9.
- 21- GOMES, C. B. O.; MOREIRE, E. M.; PORTALUPPI, C. B.; RESENDE, E.L.S.; PEREZ, F. S. B.; *Contribuições da Fisioterapia na Incontinência Urinária com repercussões na sexualidade da mulher: Um estudo de caso*.2015

Faculdade Estácio de Sá-Monografia.

22- LOPES, Daniela Biguetti Martins; PRAÇA, Neide de Souza. Incontinência urinária autorreferida no pós-parto. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 667-674, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 de nov. de 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400009>.

23- NATOUR, J.; Coluna Vertebral. Editora de Livros e Revistas ETCeteca, 2014, 248p.

24- DREHER, D. Z. ET AL. O fortalecimento do assoalho pélvico com cones vaginais: programa de atendimento domiciliar. ScientiaMedica, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 43-49, jan./mar. 2009.

25- MORENO, Adriana L. Fisioterapia em Uroginecologia. In _____. Cinesioterapia Funcional do Assoalho Pélvico 2.ed.rev.ampl. Editora Manole, 2009. cap.10, p.113-119.

26- MARTINS, Milton A. et al. Clínica Médica. Volume 1 Atuação da Clínica Médica, Sinais e Sintomas de Natureza Sistêmica, Medicina Preventiva, Saúde da Mulher, Envelhecimento e Geriatria, Medicina Laborativa na Prática Médica. In: GOMES Luciana, Jorge, Ricardo. Incontinência Urinária Feminina. Volume 1. São Paulo: Manole Editora, 2009. cap.10 p.547-556.

27- GUARDA, Raciele I, et al. Tratamento conservador da incontinência urinária de esforço. Rev. Feminina. v.35, n.4, p.219, 2007.

Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina354p219-28.pdf>>.

Acesso em: 09 dez. 2014.

28- OLIVEIRA, Fulviana de Fatima Cardoso. Disfunção Sexual Feminina e a Importância da

Fisioterapia: Uma Revisão da Literatura. Rev. Científica JOPEF, 18 (02), 2014- ISSN 1806-1508, 2014. Disponível em: http://www.revistajopef.com.br/revista_JOPEF_v18_numero02_ano2014.pdf. Acesso em 20 de abr. de 2015.

29- CASTRO AP et al. – Eficácia do biofeedback para o tratamento da incontinência, ScientiaMedica (Porto Alegre) 2010; volume 20, número 3, p. 257-263

30- MONTEIRO Ébe dos Santos, Leticia Moraes de Aquino, Marcia Maria Gimenez, Marcia Maiumi Fukujima, Gilmar Fernandes do Prado. Eletroestimulação transcutânea do nervo tibial posterior para bexiga hiperativa neurogênica. RevNeurocienc 2010;18(2):238-243. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/342%20revisao.pdf>>. Acesso em 02 de out. de 2015.

31- SCORZA, F. A.; FIGUEIREDO, M. M.; LIAO, C. O.; BORGES, F. S. Estudo comparativo dos efeitos da eletrolipólise com uso do TENS modo burst e modo normal no tratamento de adiposidade localizada abdominal. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrária e da Saúde. v.12, n.2, p.49-62, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26012841005>>. Acesso em: 27 de out. de 2015.

32- PEREZ F. B.; SOUZA J. N. MIOSSO, C.J.; ROSA N. C.; ROCHA A. F.: Use of electrical stimulation of the posterior tibial nerve in patients with bladder hyperactivity as a substitute for pharmacological therapy based on solifenacin succinate and oxybutynin chloridrate- Biodevices 2016; Roma Itália

HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS EM GOIÁS: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA NO PERÍODO DE 2010 – 2017.

Mariana Melo Soares¹; Clara Elisa Melo Mundim¹; Norberto Mendonça Garcia Filho¹; Mariana Alves Vargas Barbosa¹; Petra Pereira de Sousa¹; Regina Grace Nunes Rodrigues¹

RESUMO: O objetivo deste estudo é analisar os dados epidemiológicos referentes aos menores de 15 anos diagnosticados com hanseníase, em Goiás, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2017. Estudo epidemiológico de série temporal, retrospectivo, com abordagem quantitativa e analítica, de base documental. Os dados foram coletados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET). A hanseníase permanece um problema de saúde pública no estado de Goiás, apesar da taxa de prevalência da doença próximo a 1 caso por 100 mil habitantes. Tal fato ocorre devido às elevadas taxas de detecção de novos casos gerais e em menores de 15 anos. Na faixa etária ente 0 a 14 anos, a taxa de novos casos reduziu de 7,97 em 2010 para 3,72 em 2017. Contudo, esse valor ainda é considerado alto pelo Ministério da Saúde, indicando permanência de fontes de transmissão e falha nas ações de diagnóstico, tratamento e vigilância da doença.

Palavras chave: Hanseníase. Criança. Adolescente. Endemia. Epidemiologia.

ABSTRACT: This study aimed to analyze the epidemiological data regarding children under 15 years old, diagnosed with leprosy in the State of Goiás from January 2010 to December 2017. An epidemiological, retrospective, documentary, and temporal sequence study with a quantitative and analytical approach. The data was collected from Brazil's Information System for Notifiable Diseases (SINAN-NET). Although the prevalence rate of the disease is close to 1 case per 100 thousand inhabitants, leprosy remains a health problem in the State of Goiás. This may be attributed to the high rates of new cases detected in people under 15 years old. In the age group 0 to 14 years, the rate of new cases decreased from 7.97 in 2010 to 3.72 in 2017. Nevertheless, this figure is still considered high by the Brazilian Ministry of Health, indicating the continuance of the transmission risks and the failure to diagnosis, to treat and to monitor the disease.

Key words: Leprosy. Child. Adolescent. Endemic Diseases. Epidemiology.

1. Pesquisadores - Faculdade Alfredo Nasser, Aparecida de Goiânia, Goiás.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa e de elevado poder incapacitante. É causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, agente que infecta, principalmente, as células de Schwann do sistema nervoso periférico, mas também pode acometer outros sistemas. É uma doença que apresenta alta contagiosidade e baixa morbidade. É transmitida pelas vias respiratórias a partir do contato prolongado entre uma pessoa suscetível e um doente não tratado. A maioria da população não adquire a doença, pois possui imunidade contra o bacilo. Assim, a hanseníase se manifesta em indivíduos vulneráveis ao *M. leprae*. Essa predisposição possui influência genética, o que torna a transmissão entre familiares mais provável².

O diagnóstico de hanseníase é fundamentado na história de evolução da lesão, na epidemiologia e no exame físico (alterações de sensibilidade). A baciloscopia e a biópsia da lesão também auxiliam no diagnóstico. Já o tratamento é baseado em um esquema de poliquimioterapia (PQT) padronizado e disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a todos os diagnosticados com a doença. O esquema terapêutico adequado é capaz de curar e, quando associado ao diagnóstico precoce, previne as sequelas da doença^{2,7}.

No Brasil, a hanseníase é uma doença endêmica, de notificação compulsória e investigação obrigatória que alimentam o Sistema de Informação Nacional de Agravos (SINAN)¹. Apesar da importante queda do coeficiente de prevalência, o país ainda se encaixa em um

contexto de alta prevalência da doença. Além disso, os coeficientes de detecção também se mantêm elevados demonstrando manutenção de transmissão e o diagnóstico tardio⁷. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2015, o Brasil era o segundo país com o maior número de casos novos, atrás apenas da Índia. Nesse ano, foram notificados cerca de 26.395 casos e dentre eles 7,35% foram em menores de 15 anos¹¹.

Ademais, a distribuição da doença é extremamente heterogênea no país. Algumas regiões atingiram a meta da OMS de menos de um caso por 10.000 habitantes, outras regiões como a Norte, Nordeste e Centro-Oeste ainda são consideradas áreas endêmicas^{3,8}.

O estado de Goiás, apesar de apresentar um médio índice de prevalência, se destaca em sua região pelas elevadas taxas de detecção de casos novos de hanseníase. Durante o período de análise (2010 a 2017), o coeficiente de detecção de casos novos no estado reduziu significativamente, aproximadamente 50%. No entanto, ainda é considerado muito alto pelos critérios do Ministério da Saúde (MS). Tal fato reflete manutenção da endemicidade local^{8,7}.

A hanseníase pode acometer qualquer idade e ambos os sexos. Contudo a detecção de casos novos em crianças tem grande importância na análise epidemiológica, porque indica a precocidade da exposição e a persistência da transmissão da doença. A partir disso, esse dado constitui um importante indicador do nível da endemia local^{1,9,11}.

Em Goiás, apesar da queda do coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase na população menor de 15 anos, durante os anos

analisados, o estado ainda é caracterizado como de alta endemicidade pelos critérios do MS. Isso é reflexo da intensa transmissão domiciliar através de doentes bacilíferos não diagnosticados e/ou não tratados adequadamente. Além disso, tal fato também é consequência de falhas na vigilância epidemiológica da doença, a qual é responsável por investigar e acompanhar os contatos familiares e sociais prolongados, com o objetivo promover ações de prevenção da transmissão da hanseníase⁵.

Além do mais, essa faixa etária é marcada pelo desenvolvimento biopsicossocial e, doenças crônicas e com elevado poder incapacitantes, como a hanseníase, podem interferir na autoestima do indivíduo, influenciando negativamente seu desenvolvimento e podendo comprometer até a escolarização¹⁰.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo epidemiológico de série temporal, retrospectivo, com abordagem quantitativa e analítica, de base documental. Os dados foram obtidos a partir da base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET), incluindo casos de pacientes com hanseníase notificados no estado de Goiás, entre janeiro de 2010 a dezembro de 2017. O foco do estudo foi o acometimento de crianças e adolescentes, na faixa etária entre 0 a 14 anos.

As variáveis de interesse consideradas no estudo foram: o número de casos novos geral, número de casos novos em menores de 15 anos, o coeficiente de prevalência, coeficiente de incidência geral e coeficiente de incidência em menores de 15 anos. A distribuição em faixa etária foi analisada apenas no período de 2014 a

2017, devido à disponibilidade dos dados no SINAN-NET. Foram excluídos os casos com erro diagnóstico, com transferência para outro estado ou país, duplicidade e inconsistência de dados.

O estado de Goiás está localizado na macrorregião Centro-Oeste do Brasil. Possui uma área de 340 106,492 km². A população estimada em 2017 foi de 6.778.772 habitantes. Em 2010, último censo, o estado contava com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,735.

Para o gerenciamento e análise dos dados, foram utilizados os softwares Excel 2010 (Microsoft®). Para a análise descritiva, os dados foram apresentados em frequência com auxílio de tabelas.

Por se tratar de um estudo sobre dados secundários oficiais de domínio público, sem identificação de sujeitos, houve dispensa de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

O presente estudo não apresenta conflito de interesses.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo a OMS o Brasil notificou cerca de 26.395 casos novos de hanseníase no ano de 2015, sendo classificado como o segundo país com maior incidência da doença, atrás apenas da Índia, com 127.326 novos casos^{5,11}. A doença tem uma distribuição heterogênea no país. Algumas regiões como Sul e Sudeste brasileiro erradicaram a doença, enquanto as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste ainda são consideradas endêmicas, como focos de manutenção de transmissibilidade^{3,8}.

De acordo com os dados do SINAN-NET, referente ao estado de Goiás, foi registrado um total de 15.139 casos novos de hanseníase no

período de janeiro de 2010 a dezembro de 2017.

O número de casos foi decrescente em relação aos anos analisados, exceto de 2011 para 2012, quando houve um discreto aumento no número de casos, como é possível constatar na figura 1. Ao total, houve uma queda de aproximadamente 62% no número de casos novos durante o período analisado e a média de casos é de aproximadamente 1.892 casos por ano.

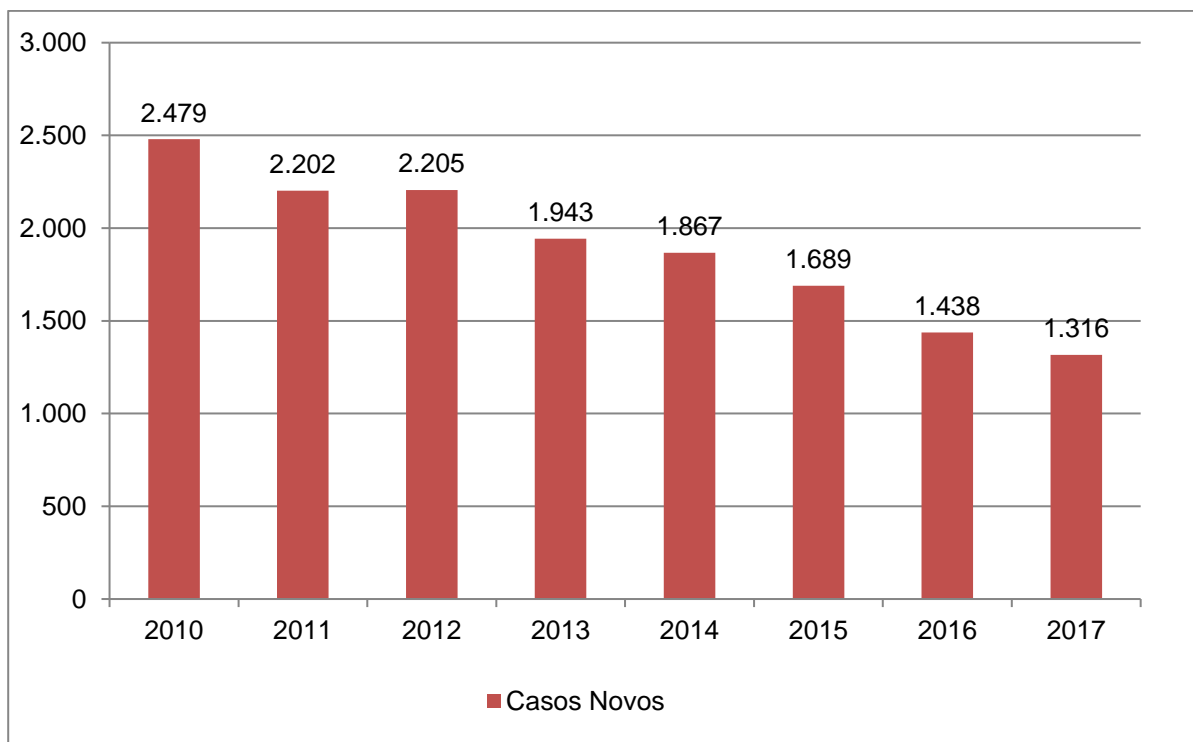


Figura 1: Número de Casos Novos de Hanseníase no Estado de Goiás (2010 – 2017).

Fonte: tabnet – SINAN disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?ETL_hanseniase/ETL_hans2000BD.def.

Em Goiás o número de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos reduziu cerca de 57% de 2010 para 2017, com queda significativa nos dois últimos anos. Houve um aumento importante em 2013, após dois anos de redução relevante, porém nos anos seguintes a tendência decrescente retornou e permaneceu (figura 2).

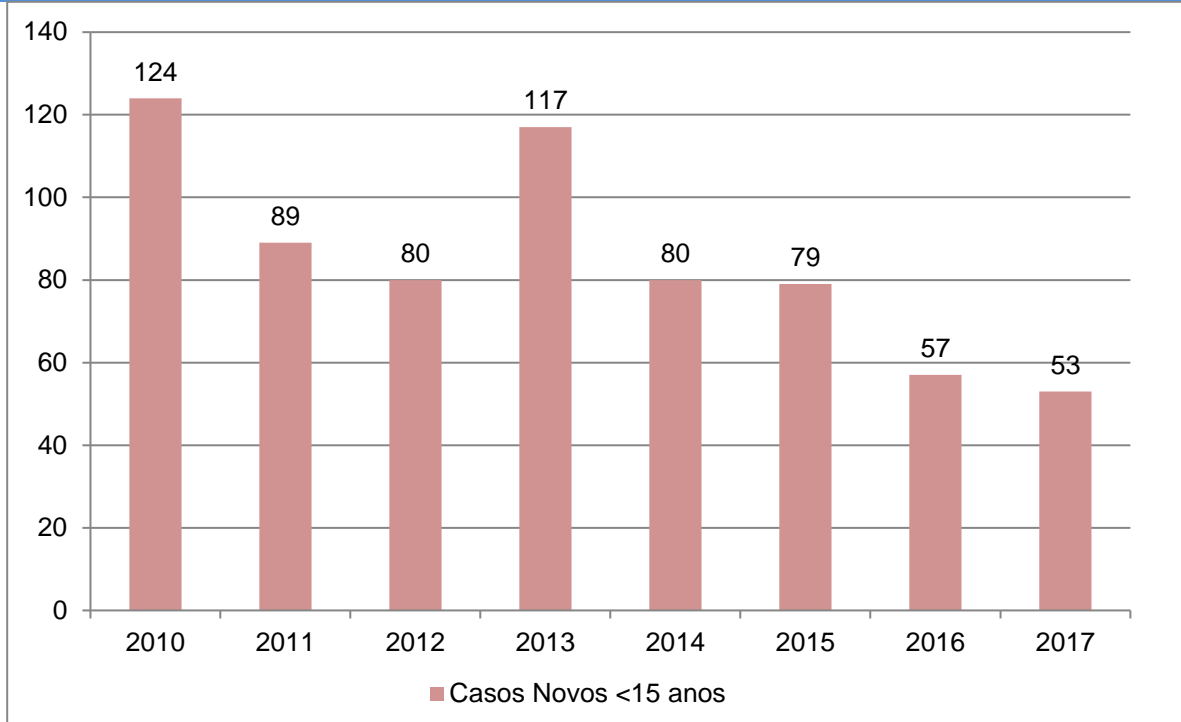


Figura 2: Número de Casos Novos de Hanseníase em Menores de 15 anos no Estado de Goiás (2010 – 2017).

Fonte: tabnet – SINAN disponível em:

http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?ETL_hanseniasi/ETL_hans2000BD.def

Ao comparar o número total de casos de hanseníase detectados de 2010 a 2017 e o total de casos em menores de 15 anos no mesmo período, é possível verificar que aproximadamente 4,5% dos casos é representados por crianças de 0 a 14 anos (figura 3). Essa proporção reduziu de 5% em 2010 para 4% em 2017. O ano em que essa proporção atingiu seu menor valor foi em 2016 (3,9%) e o maior ocorreu no ano de 2013 (6%).

No ano de 2015, a OMS constatou que, no Brasil, 7,35% dos casos novos de hanseníase foram em crianças de até 14 anos. A proporção global de acometimento infantil é de 8,9%, variando na América de 1,72% na Argentina a 12,32% na República Dominicana^{5,11}.

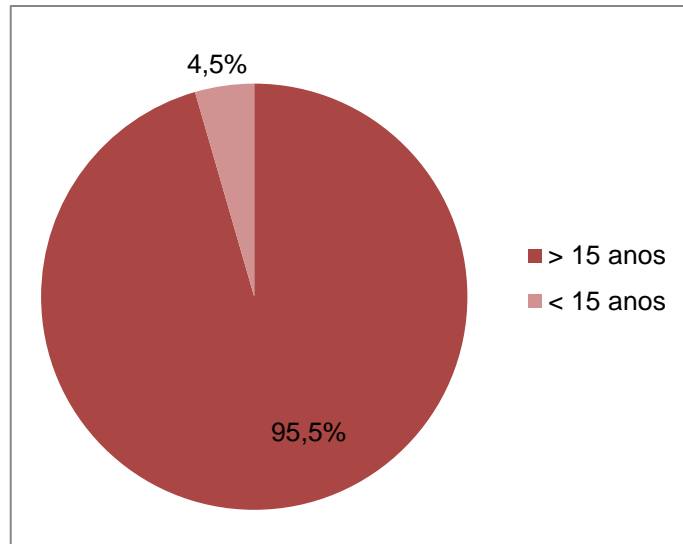


Figura 3: Frequência Relativa dos Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos no Estado de Goiás (2010 – 2017).

Fonte: tabnet – SINAN disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?ETL_hanseniasi/ETL_hans2000BD.def

A taxa de prevalência da doença mede a magnitude da endemia e é classificada pelo MS da seguinte forma: hiperendêmico: $\geq 20,0$ por 10 mil habitantes, muito alto: 10,0 a 19,9 por 10 mil habitantes, alto: 5,0 a 9,9 por 10 mil habitantes, médio: 1,0 a 4,9 por 10 mil habitantes, e baixo: $< 1,0$ por 10 mil habitantes¹. Em Goiás, verificou-se que houve uma diminuição importante da taxa

de prevalência geral no ano de 2015, atingindo 1,01. No entanto o valor retornou a ascender, chegando em 1,35 em 2017, como está representado no gráfico da figura 4. A partir disso, o estado de Goiás foi classificado em estágio médio em todos os anos analisados e vem apresentando um retrocesso no controle da prevalência da doença.

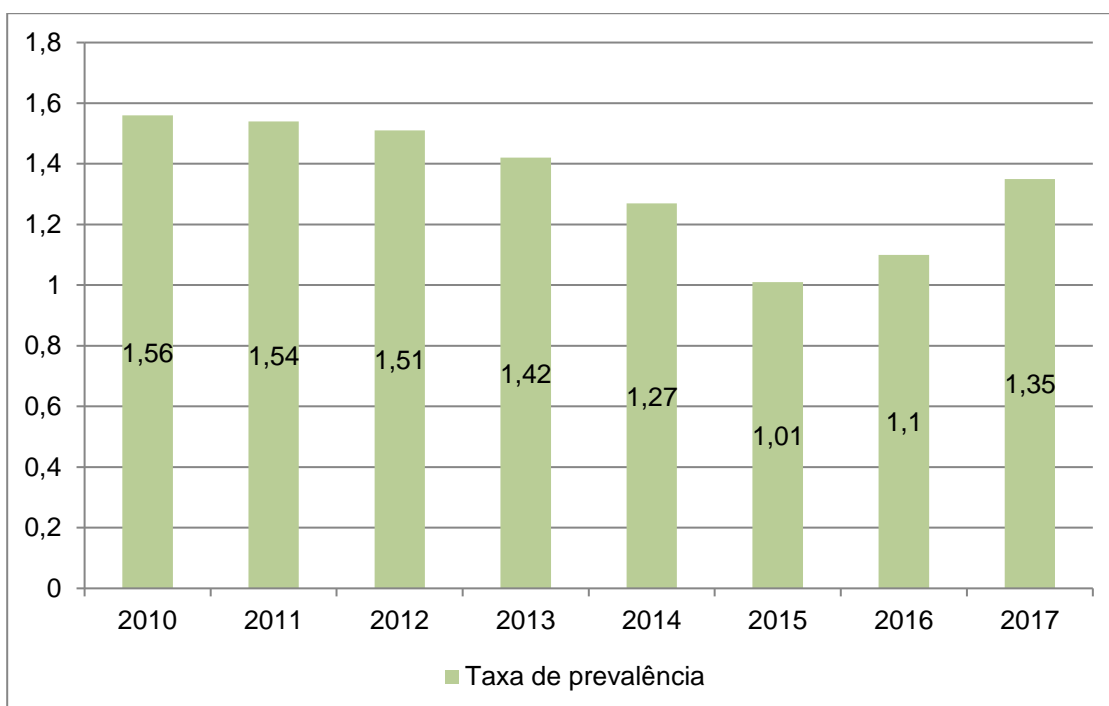


Figura 4: Taxa de Prevalência de Hanseníase no Estado de Goiás (2010 - 2017)

Fonte: tabnet – SINAN disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?ETL_hanseníase/ETL_hans2000BD.def

A OMS determinou como meta atingir menos de um caso por 10.000 habitantes até 2015, a qual foi adotada pelo MS. No entanto, o estado de Goiás, mesmo com uma cobertura de 64% da população com equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF) desenvolvendo as ações de controle da hanseníase, não conseguiu atingir a meta no período proposto⁷. O menor valor da

taxa de prevalência ocorreu em 2015, no ano limite para a proposta da OMS. O estado chegou próximo do resultado planejado naquele ano. Porém, dois anos após a taxa ainda não alcançou o marco estabelecido.

O coeficiente de detecção de hanseníase é responsável por medir a força de morbididade, magnitude e tendência da endemia. O MS

classifica esse coeficiente de detecção geral em: hiperendêmico (maior que 40,0 por 100 mil habitantes), muito alto (20,00 a 39,99 por 100 mil habitantes), alto (10,00 a 19,99 por 100 mil habitantes), médio (2,00 a 9,99 por 100 mil habitantes), e baixo (menor que 2,00 por 100 mil habitantes)¹. Na população residente em Goiás,

essa taxa atingiu média de 29,9 nos anos considerados, e reduziu aproximadamente 50% de 2010 a 2017. Dessa forma, esse coeficiente passou de hiperendêmico em 2010 (41,29) para muito alto em 2017 (20,3), como mostra a figura 5.

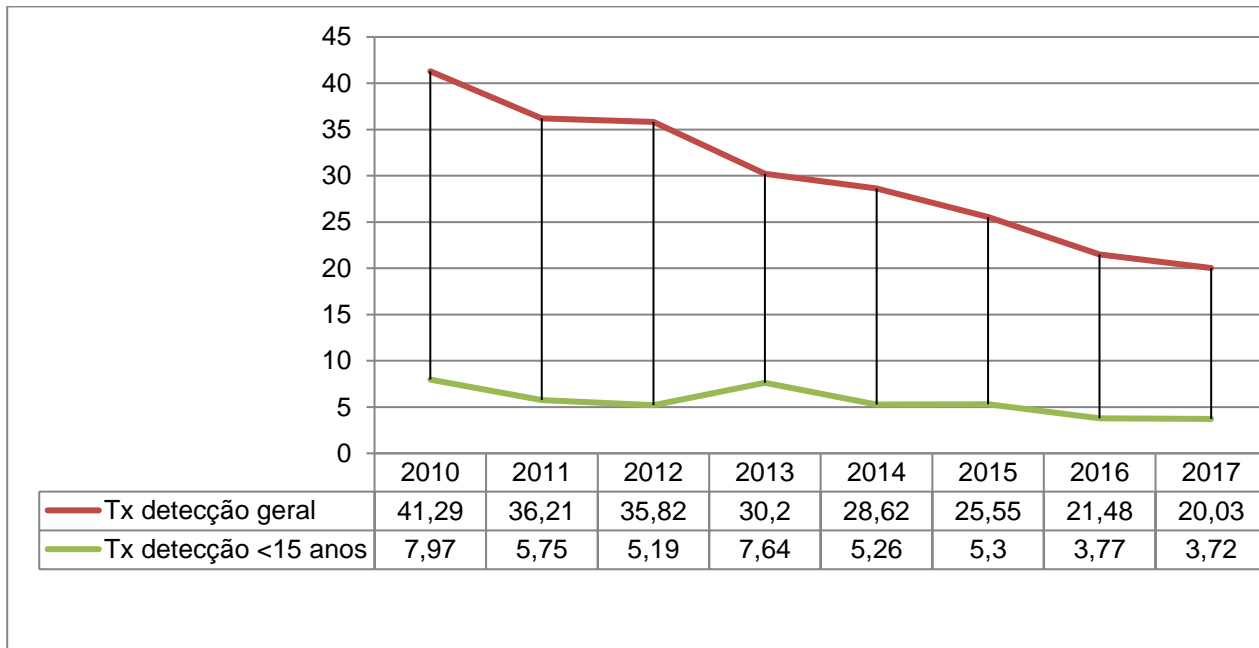


Figura 5: Taxa de Detecção Geral de Hanseníase e em Menores de 15 anos no Estado de Goiás (2010 - 2017)

Fonte: tabnet – SINAN disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?ETL_hanseníase/ETL_hans2000BD.def

A taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase em indivíduos de 0 a 14 anos também apresentou considerável redução no período analisado (figura 5). O Ministério da Saúde classifica esse coeficiente em: hiperendêmico (acima de 10,00 por 100 mil habitantes), muito alto (5,00 a 9,99 por 100 mil habitantes), alto (2,50 a 4,99 por 100 mil habitantes), médio (0,50 a 2,49 por 100 mil habitantes), e baixo (menor que 0,50 por 100 mil habitantes)¹. A partir dos dados coletados, é possível observar que houve

redução significativa nessa taxa, a qual passou de muito alta (7,97) em 2010 para alta (3,77) em 2016, se mantendo nessa classificação no ano seguinte (3,72). No entanto, apesar da queda, o valor ainda é considerado preocupante.

O estudo de Schneider e Freitas (2018), analisou a taxa de detecção de casos novos em menores de 15 anos e também constatou essa endemicidade decrescente do estado. Nesse estudo, Goiás foi classificado como 11^a unidade de federação com maior taxa do Brasil, com uma média de 7,89 casos por 100 mil habitantes

durante os anos de 2010 e 2016.

A importância da detecção da hanseníase em menores de 15 anos é bem estabelecida na literatura. Esse coeficiente é um indicador de monitoramento do progresso da eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública para o MS. Ele mede a presença da doença e a força da transmissão precoce, sendo um ótimo indicador do nível da endemia. A partir disso, a redução desse coeficiente é prioridade do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) da Secretaria de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde^{1,7,10}.

Em regiões endêmicas, o acometimento infantil pela hanseníase reflete a exposição precoce à doença por contato domiciliar com doente bacilífero. O ambiente domiciliar é o principal espaço de transmissão, devido ao contato prolongado e a predisposição genética compartilhada por indivíduos familiares. A chance de um indivíduo desenvolver hanseníase aumenta cerca de 9 vezes quando um familiar está doente⁵. A partir disso torna-se primordial a vigilância de contatos domiciliar e social, independente da classificação operacional do doente. Contatos familiares e ou social recentes

ou antigos devem ser examinados anualmente durante cinco anos e devem ser vacinados com BCG, caso não apresente pelo menos duas marcas de vacinação¹.

O acometimento dessa faixa etária pode interferir no desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo. A hanseníase é uma doença crônica, de elevado poder incapacitante e que gera lesões de pele muitas vezes deformantes. Tal fato gera preconceito e também pode interferir na autoestima do indivíduo. A partir disso, a doença é capaz de influenciar negativamente o desenvolvimento das crianças e adolescentes, podendo comprometer até a escolarização¹⁰.

Entre os anos de 2014 a 2017, os dados quanto à faixa etária estavam disponíveis no SINAN-NET. Nesse período, a faixa etária mais acometida foi entre 10 e 14 anos, totalizando cerca de 82% dos casos. O que se relaciona com a cronicidade da doença e ao período de incubação do bacilo, que pode variar de dois a sete anos. Quando ocorrem casos em menores de quatro anos, significa contato com indivíduos de elevada carga bacilífera, os quais provavelmente não foram diagnosticados e/ou não estão em tratamento adequado^{6,7}.

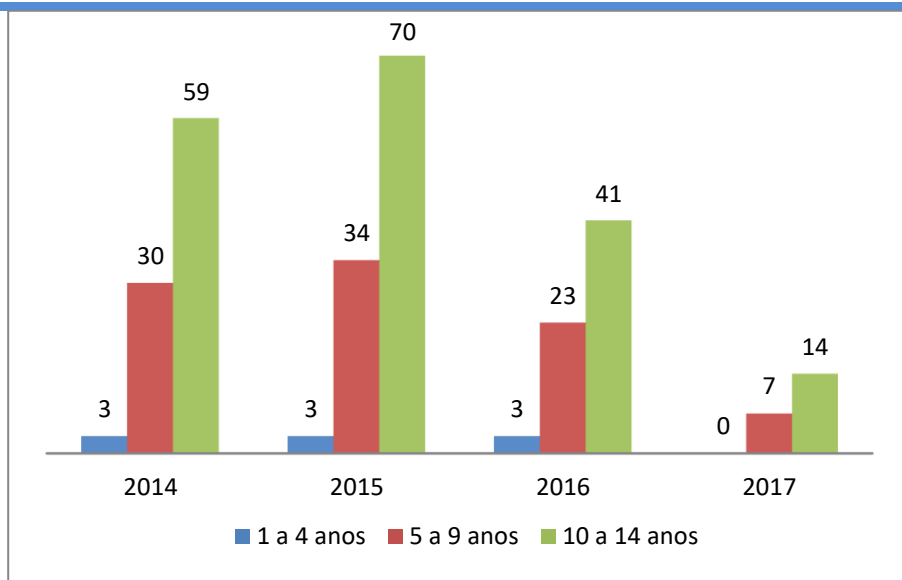


Figura 6: Número de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos por Faixa Etária no Estado de Goiás (2014 - 2017).

Fonte: tabnet – SINAN disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?ETL_hanseníase/ETL_hantfgo.def

CONCLUSÃO

No estado de Goiás, a hanseníase permanece como problema de saúde pública devido ao elevado coeficiente de detecção de novos casos. O estado também não atingiu a meta de prevalência menor que um caso por 10.000 habitantes proposta pela OMS e adotado pelo MS. Além disso, nos dois últimos anos analisados verificou-se um retrocesso no controle da prevalência da doença.

Durante os anos analisados, houve redução do coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase na população menor de 15 anos. Contudo o coeficiente permanece alto segundo os parâmetros do MS, indicando permanência de fontes de transmissibilidade e dificuldade na eliminação da hanseníase. Ademais, o acometimento infantil significa contato precoce com o bacilo, principalmente em âmbito domiciliar. A partir disso, identifica-se falha no diagnóstico e tratamento do doente bacilífero, mas também, uma deficiência na vigilância

epidemiológica de contatos familiares. Assim, os dados verificados no estudo sugerem deficiência na implantação de ações de controle da hanseníase, necessitando maior planejamento em ações de saúde.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública : manual técnico-operacional. Brasília, 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase. Brasília, 2017.

3. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases : plano de ação 2011-2015. Brasília, 2012.
4. BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Caracterização da situação epidemiológica da hanseníase e diferenças por sexo, Brasil, 2012-2016. V. 49, n. 4, 2018.
5. FREITAS, B. H. B. M. et al. Tendência da hanseníase em menores de 15 anos em Mato Grosso (Brasil), 2001-2013. Rev Saúde Pública, v. 51, n. 28; 2017. (revista de saúde publica)
6. FREITAS, B.H.B.M. et al. Hanseníase em menores de quinze anos em municípios prioritários, Mato Grosso, Brasil. Rev Bras Epidemiol, v. 2, 2018.
7. GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. Superintendência de Vigilância em Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Boletim Epidemiológico. Análise descritiva da taxa de prevalência da hanseníase em dois cenários territoriais no Estado de Goiás. V.18, n 4, 2017.
8. OLIVEIRA, K. S. et al. Avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais para a hanseníase em municípios prioritários no estado do Paraná, 2001 a 2010. Epidemiol. Serv. Saúde, v. 24(3), p 507-516, 2015.
9. PIRES, C. A. A. et al . Hanseníase em menores de 15 anos: a importância do exame de contato. Rev. paul. pediatr., São Paulo , v. 30, n. 2, p. 292-295, June 2012 .
10. SCHNEIDER P. B.; FREITAS B. H. B. M. Tendência da hanseníase em menores de 15 anos no Brasil, 2001-2016. Cad. Saúde Pública, v. 34, n. 3, 2018.
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion. Weekly Epidemiological Record, v. 35, n. 91, p. 405–420, 2016.

PROBLEMATIZAÇÃO SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DE TERAPIA COMUNITÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Sara Borges Oliveira¹; Tallita Rodrigues Suriani¹; Dirceu Alves Carvalho¹; Mônica de Oliveira Santos².

Resumo

A partir do novo modelo de saúde proposto pelo Ministério da Saúde em 1988 com a criação do SUS e posteriormente com a nova abordagem do indivíduo, não mais no modelo biomédico mas, de forma biopsicossocial, houve a necessidade da introdução de psicólogos nas rede pública e mais recentemente nas unidades básicas de saúde, para atender a população que abrange a área de atuação daquela determinada UBS, tanto quanto o atendimento dos profissionais dessa unidade, no intuito de capacita-los para estarem a frente deste trabalho comunitário. Entretanto, nota-se uma falta de preparo e de interesse por parte destes psicólogos em atender essas duas demandas.

Palavras-chave: Terapia Comunitária. Psicólogos. Atenção Primária à Saúde. Estratégia de Saúde da Família.

Abstract

From the new health model proposed by the Ministry of Health in 1988 with the creation of the SUS and later with the new approach of the individual, no longer in the biomedical model but, in a biopsychosocial way, there was a need for the introduction of psychologists in the public network and more recently in the basic health units, to attend the population that covers the area of activity of that determined UBS, as well as the care of the professionals of this unit, in order to enable them to be at the forefront of this community work. However, there is a lack of preparation and interest on the part of these psychologists in meeting these two demands.

Keywords: Community Therapy. Psychologists. Primary Health Care. Family Health Strategy.

1. Graduando de Medicina da Faculdade Alfredo Nasser. Aparecida de Goiânia – GO.

2. Orientadora. Pós doutoranda em Ciências da Saúde. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Goiás.

INTRODUÇÃO

As terapias comunitárias se fazem extremamente úteis dentro das unidades básicas de saúde a fim de preparar os agentes comunitários, os enfermeiros e atendentes dessas unidades a como lidar com as situações advindas da população que eles atendem. Além disso, ela também se faz muito importante para a comunidade.

De acordo com Soares (2008) terapia tem como significado ser caloroso, servir, atender, acolher, a palavra tem origem grega “*therapeia*”.

[...“a terapia comunitária surgiu para ser um espaço de fala das situações que causam sofrimento, angústia e da possibilidade de prevenção dos efeitos do estresse no cotidiano das pessoas de baixa renda, visando a garantir a essas populações o resgate da autoestima necessária para a implementação de mudanças em suas vidas.” (SOARES, 2008, p.42)

Nesse sentido, a terapia comunitária se guia pelas seguintes etapas: acolhimento, escolha do tem, contextualização, problematização, conclusão e por fim apreciação. (MOURÃO, et al., 2016)

O objetivo deste trabalho é entender porque o psicólogo se faz necessário dentro da Atenção Primária à Saúde, quais suas funções e tentar entender o porquê de uma atuação tão pequena e em muitas unidades inexistentes.

METODOLOGIA

Optamos por utilizar a metodologia da Problematização baseado no Arco de Maguerez. Alicerçada em cinco etapas fundamentais e são elas: observação da realidade concreta que atenta para a realidade diretamente observada, onde tudo que é essencial é englobado: falhas, dificuldades, discrepâncias, medo, conflitos, contradições. A segunda etapa é a determinação dos pontos-chave, onde define-se qual será o objeto de pesquisa. A terceira etapa se faz a partir da teorização, parte fundamental pois, é a partir dele que se expande o conhecimento através de pesquisas. Nessa etapa utilizamos algumas plataformas como o Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, Scientific Electronic Library Online – SciELO e por fim National Center for Biotechnology Information – NCBI. Na quarta etapa são as hipóteses de solução, onde são formuladas possíveis soluções que de alguma forma por deram ser aplicadas na quinta e última etapa: aplicação prática à realidade, ajudando a superar parte do problema ou ele todo. (VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2015)

RESULTADOS

Relato de Experiência com o uso do Arco de Maguerez

7- Observação da Realidade

Estivemos durante um semestre, participando de um estágio dentro de uma determinada Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada na cidade de Aparecida de Goiânia. No que tange a estrutura, quantidade de profissionais, materiais e insumos, não há nada a se reclamar.

Contudo, diante da atual visão de saúde proposta pelo Ministério da Saúde, onde o sujeito deve ser visto e tratado de maneira holística, há uma problemática, pois hoje, existe uma Psicóloga que fica em períodos alternados nesta UBS, porém não há nenhuma atividade que englobe toda a equipe (enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnicos em enfermagem, administrativo, diretoria e pessoal da limpeza).

Tentamos ao longo do estágio, achar um horário com essa psicóloga para desenvolver uma atividade em equipe, supervisionada por ela no intuito de abordarmos questões relacionadas às pessoas que cuidam de pessoas, como os ACS's por exemplo, que deixam suas casas, afazeres e família, para atender outras famílias. Porém não houve interesse da mesma e não achamos datas para realização desta atividade.

8- Pontos-Chave

- Existe um interesse da grande maioria da equipe da unidade em trabalhar em conjunto com a psicóloga, mas não há abertura para isso.
- Há uma necessidade de capacitação dos profissionais frente aos obstáculos da rotina, para um melhor desempenho dos mesmos.
- Realização de dinâmicas para trabalhar o potencial de cada profissional na execução de atividades específicas.

9- Teorização

A constituição federal de 1988 foi um marco para a saúde no Brasil com a criação do SUS, definindo o conceito de saúde e agregando

a este conceito itens como alimentação, emprego, lazer, educação, moradia. Para se ter saúde é preciso ter todos esses valores agregados para si (CONASS, 2011)

Essa nova concepção de saúde fomentou em 2006 a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que passaram a fazer parte das práticas de cuidados do SUS. “Estas práticas têm como meta a saúde integral do sujeito, envolvendo ações voltadas para prevenir, tratar ou curar, adotando uma visão ampliada de cuidado, baseado na tríade mente, corpo, espírito.” (LUPARELLI e ARAÚJO, 2015, p.06)

A Atenção Primária à Saúde (APS), atua de forma prematura, antecedendo a doença e evitando complicações maiores. Trabalha, portanto, com um conjunto de ações, tanto de forma individual como coletiva, favorecendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos realizando diagnósticos, tratamentos, reabilitações e manutenção, estabelecendo assim o primeiro nível de atenção do SUS. (SILVA, et al., 2018)

Ainda segundo Silva, et al. (2018) “foi no início do século XX, que a psicologia se uniu à medicina adotando sua visão do sujeito na prática psicológica” (p.142). O modelo agora biopsicossocial fica estabelecido, e a psicologia surge a partir da necessidade de trabalhar o processo saúde/doença de maneira holística, considerando o indivíduo como um todo pois, o modelo biomédico já não é mais suficiente.

Então diante de tais fatos, qual o papel do psicólogo dentro de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou ainda, dentro da Atenção Primária à Saúde (APS)?

Para essa questão encontramos uma tabela

esclarecedora:

ATIVIDADES	DESENVOLVIMENTO
Apoio as famílias/pais	Favorecendo a efetivação de aspectos como: conscientização dos pais sobre papel desempenhado pela família no processo de desenvolvimento e bem-estar psicossocial. Minimização das dificuldades entre pais e filhos. Fortalecimento das potencialidades do grupo familiar.
Experiência com Jovens	Formação de grupos visando o desenvolvimento de competências sociais (pensamento crítico, criatividade, empatia e tomadas de decisões) o que representa aspectos fundamentais no bem-estar físico, mental e social dos jovens.
Promoção de Saúde na Terceira Idade	Realizar atividades voltadas para promoção a saúde, utilizando a resiliência, como um fator de proteção a saúde e essencial para o desenvolvimento mais saudável.
Estratégias de Rastreamento de Problemas de Saúde em APS	A UBS é o local onde ocorre o primeiro contato da população com o serviço de saúde. No que se refere a pacientes com queixas de saúde mental é necessário o aperfeiçoamento dos atendimentos a estes pacientes, para posteriormente realizar triagem e serem encaminhados para o
	CAPS, importante para montar os instrumentos de rastreamento. Estes pacientes podem ser atendidos a partir de um modelo de intervenção breve, com técnicas de acolhimento/orientação. Podendo contribuir com organização e qualidade de serviço prestada a esses pacientes.
Articulação com Entidades Eternas (pastorais, conselhos de direitos, conselhos tutelares, ONGs etc).	Essa prática fomenta a busca do princípio da interdisciplinaridade, representado como a união de esforços no sentido de realizar um trabalho integrado, levando em conta as diferentes possibilidades de contribuição de cada um dos autores envolvidos.

Fonte: (SILVA, et al. 2018, p.143,144).

De acordo com Diógenes, et al. (2016) a psicologia tem sido incluída nas políticas públicas de saúde desde a implantação do SUS. Entretanto, como ciência e profissão, tem atuado de forma ínfima e superficial. A atuação do psicólogo na APS constitui-se em processos de diálogo, estratégias de abordagens comunitárias, observação, metodologias participativas, acolhimento, trabalho com grupos, fortalecimento

do trabalho em equipe, apoio institucional, matriciamento de saúde mental, educação em saúde, entre outros já mencionados aqui. (p.34)

O uso apenas de medicamentos para tratar o indivíduo já não tem se mostrado eficaz no processo saúde/doença e menos ainda diante da recuperação desse paciente. Por esse motivo criou-se outras terapias que visam não só tratar a doença em si, mas promover e prevenir futuras patologias, essas são chamadas de terapias

complementares. (MOURÃO, et al., 2016)

Entre essas terapias, podemos citar a Terapia Comunitária (TC), por ser eficaz no enfrentamento do dia a dia do indivíduo, por aborda-lo de maneira integral, ajudando-o na vida social, no resgate de sua autonomia e no seu fortalecimento pessoal. Ela propõe encontros que visam a partilha de história de vida dos participantes, compreendendo melhor seus desafios e auxiliando-os na solução destes. O melhor é que ela pode ser desenvolvida em qualquer espaço comunitário, entre indivíduos de qualquer classe social. (MOURÃO, et al., 2016)

Toda essa riqueza de cuidado e atenção tanto ao paciente quanto aos colaboradores de uma ACS é lindo de ver, porém, não é como acontece na realidade. Mesmo tendo nas UBS o psicólogo em suas escalas a disposição tanto da população comunitária quanto dos responsáveis pela saúde naquela determinada região, os mesmos não se encontram abertos a trabalhar em equipe. Segundo Fagundes e Deusdedit Júnior, (2016) essa situação se dá pela formação dos mesmos, que nem sempre os prepara para atuar junto ao SUS, existindo uma deficiência acadêmica nesse sentido. (p.36)

A partir do novo cenário de saúde proposto em meados de 1990, alterou o perfil de trabalho do psicólogo, que antigamente era formado para trabalhar de forma clínica privada, individual e agora, é imposto a adaptar-se a esse novo modelo, de trabalhar diretamente onde vive seu cliente, conhecer de perto a comunidade onde ele mora e isso é um obstáculo para o psicólogo, uma vez que não fora treinado para isso. (FAGUNDES e DEUSDEDIT JÚNIOR, 2016)

Para Soares (2008) é importante estudos e

instrumentos que capacitem os profissionais de forma que possam prestar um atendimento integral aos indivíduos e famílias, entendendo que muitos fatores interferem no bem-estar dessas pessoas. Portanto, sensibilidade, criatividade e renovação do conhecimento são imprescindíveis aos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF), abrindo horizontes para uma assistência humanizada e competente. (p.32)

[... a importância de investir na Atenção Básica, capacitando os profissionais de saúde a utilizarem instrumentos de tecnologias leves, para auxiliar os usuários, no sentido de despertá-los para utilização de recursos subjetivos, além de motivá-los para suas escolhas, com o intuito da melhoria na qualidade de vida. (SOARES, 2008, p.89)

10- Hipóteses de Solução

Propõe-se um maior envolvimento da psicóloga responsável, para o desenvolvermos trabalhos em grupo, capacitação, habilidades individuais, enxergar possíveis sinais de desconforto por parte de integrantes da equipe para encaminha-los mais preparados em trabalhos individuais que alcancem a população.

11- Aplicação à Realidade

Infelizmente não foi possível aplicar nossa hipótese de solução pois, não obtivemos resposta alguma da psicóloga da unidade.

CONCLUSÃO

Essa pesquisa se fez mais que oportuna, necessária, tanto para nós quanto para abrir-se a visão dos gestores responsáveis por esse departamento em específico dentro da rede de saúde pública do Brasil. Temos a convicção que não somente aqui em Goiás como também em outras localidades do país têm ocorrido fatos semelhantes a estes.

É triste ver o quanto a população tem adoecido mentalmente e psicologicamente, não havendo suporte emocional para isso, mesmo constando nas unidades de saúde profissionais que deveriam estar capacitados para lidar com essas situações.

Deixamos aqui o nosso apelo à todas instituições educacionais, no intuito de atentarem para a capacitação destes profissionais que mais do que nunca se fazem necessariamente atuantes em sua área de trabalho.

Desejamos que as portas da Saúde Pública não sejam apenas uma válvula de escape para profissionais que não conseguiram se manter em seus consultórios particulares, mas sim uma meta de vida, que ajude a população em geral e principalmente a comunidade, a sobressair de seus problemas e os motivem a crescer mesmo diante de tantos obstáculos.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflitos de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONASS. Atenção Primária e promoção da

saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

DIÓGENES, J.M.P. et al. Psicologia comunitária e atenção básica em saúde: contribuições para abordagem com grupo. *SANARE*, Sobral – v.15, n.01, p.32-38, jan/jun, 2016.

FAGUNDES, E.C.; DEUSDEDIT JÚNIOR, M. Matriciamento em saúde mental na atenção primária de saúde: o papel do psicólogo no desenvolvimento de ações de matriciamento na atenção primária de saúde envolvendo serviços de saúde mental. *Pretextos – Revista de Graduação em Psicologia da PUC Minas* v.01, n.02, p.35-55, jul/dez 2016.

LUPARELLI, I.L.L.; ARAÚJO, M.A.N. Terapia comunitária integrativa: uma estratégia de intervenção em saúde mental. 2015. 22f. Trabalho de Conclusão de Curso (pós-graduação: especialização em atenção básica à saúde mental) – Escola de Medicina e Saúde Pública – BAHIANA, Salvador, 2015.

LOURÃO, L.F. et al. Terapia comunitária como novo recurso da prática do cuidado: revisão integrativa. *SANARE*, Sobral – v.15, n.02, p.129-135, jun./dez, 2016.

SILVA, K.A.; et al. Reflexão acerca das contribuições dos psicólogos na equipe interdisciplinar da atenção primária à saúde: uma visão da saúde coletiva. In: III JORNADA ACADEMICA DO HUPAA. 2017, Alagoas. *GEP NEWS*, Maceió, v.02, n.02, p.140-146, abr/jun 2018.

SOARES, C.S.D.A. Terapia comunitária na estratégia de saúde da família: implicações no modo de andar a vida dos usuários. 2008. 103f. Dissertação (Mestrado em enfermagem psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2008.

VILLARDI, ML, CYRINO, EG, and BERBEL,

NAN. A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades. In: A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, pp. 45-52. ISBN 978-85-7983-662-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

FISIOTERAPIA NO PRE-NATAL DE UMA GESTANTE POS- CIRURGIA BARIÁTRICA

Amandha Ferreira Cariri¹; Fabiana da Silveira Bianchi Perez¹; Gabriela Ferreira Rodrigues Coelho de Oliveira¹.

RESUMO: A obesidade vem aumentando na sociedade e no público feminino com uma incidência grande na fase fértil da mulher. Ocasionalmente ocasionando problemas gestacionais. O objetivo deste artigo é demonstrar a ação fisioterapêutica em pacientes que engravidam no pós-cirurgia bariátrica, dadas as consequências, soluções e tratamentos aplicados a esta mulher. Métodos utilizados foram uma revisão bibliográfica incluindo artigos sobre gestação e cirurgia bariátrica. Com os descritores: Obesidade, pré-natal, gestação, Fisioterapia, Cirurgia Bariátrica. Nas línguas inglês e português. Com base nas bibliotecas indexadas. Concluiu-se que mulheres pós-cirurgia bariátrica devem aguardar o corpo se adaptar às mudanças metabólicas para engravidar e realizar acompanhamento fisioterapêutico e multidisciplinar com profissionais especializados em obstetrícia e se possível em obesidade para uma gestação saudável.

Palavras-chave: Obesidade. Cirurgia Bariátrica. Fisioterapeuta. Gestação.

ABSTRACT: Obesity has been increasing in society and in the female public with a large incidence in the fertile phase of women. Causing gestational problems. The aim of this article is to demonstrate the physical action in patients who become pregnant in the post bariatric surgery, given the consequences, solutions and treatments applied to this woman. Methods used was a bibliographic review including articles on pregnancy and bariatric surgery. With the descriptors: Obesity, prenatal, pregnancy, Physiotherapy, Bariatric Surgery. In English and Portuguese. Based on indexed libraries. It was concluded that women after bariatric surgery should wait for the body to adapt metabolic changes to become pregnant and perform physiotherapeutic and multidisciplinary follow-up with professionals specialized in obstetrics and if possible in obesity for a healthy pregnancy.

Keywords: Obesity. Bariatric surgery. Physical therapist. Pregnancy.

1. Pesquisadores. Faculdade Alfredo Nasser. Aparecida de Goiânia. Goiás.

INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada uma epidemia mundial e as diversas formas de tratamento não tem muita evidencia a longo prazo principalmente na obesidade severa que o índice de massa corporal (IMC) se encontra acima de 40kg/m². Esta associada a menor fertilidade, complicações diversas durante toda gravidez, durante o parto além de afetar a saúde fetal, portanto a perda de peso deve ser efetuada no período pré-concepcional com intuito da mulher obter uma gestação segura e sem intercorrências⁸

A cirurgia bariátrica atualmente é uma das estratégias mais utilizadas e mais cômoda para a redução de peso corporal. Considerada mais eficaz e duradoura para o controle da obesidade. E os pacientes a procuram na tentativa de recuperar a saúde em um tempo mais breve, principalmente os que apresentam comorbidades musculoesqueléticas e viscerais, mas também não deixam de busca-la como alternativa rápida de melhorar a estética e consequentemente a autoestima.

O maior número de procura para essa cirurgia são mulheres das quais mais da metade se encontram em idade fértil onde devem obter menor complicação pós-cirúrgicas e menor tempo de internação no pós-operatório. A taxa de fertilidade como dito anteriormente e mais baixa no obeso, com isso leva um distúrbio hormonal do tecido adiposo que se traduz em alterações nos níveis de gonadotropina e hormônios esteroides, que desregulam o eixo hipotálamo-hipófise-ovário com consequências como a irregularidade menstrual e até a anovulação⁵.

É favorável uma boa recuperação das funções hormonais, devido ao tipo de cirurgia em que a mulher vai ser submetida, existem diferentes tipos de cirurgias bariátricas, são divididas em três grupos, as que levam uma restrição do volume gástrico, as que reduzem a parte absorptiva do intestino acarretando em uma má absorção de alimentos e as mistas que combinam as duas anteriormente.

Comparando os tipos pode-se afirmar que a menos invasiva é a de restrição pois provoca menos desnutrição e morbidade que as cirurgias de má absorção, sendo mais favorável e confortável para o corpo se adaptar na fase ante-concepcional e pré-natal¹.

A gestação e o período no qual influencia diretamente no estado físico e mental da saúde materna por ser um período com grandes transformações no corpo feminino em um curto espaço de tempo e que haverá alterações ponderais para uma evolução da gravidez. Alterações como ganho de peso excessivo e a obesidade severa previam um fator de risco para a mãe, feto e complicações gestacionais como hipertensão arterial (pre-eclampsia e/ou eclampsia), diabetes gestacionais, APGAR do recém-nascido reduzido, internações no período de pré-natal, dentre outras específicas da obesidade. Lembrando que somente a gestação já possui seus riscos naturais e uma mulher em um pós-cirúrgico de bariátrica muito comumente apresenta a desnutrição. Quando falamos de uma gestação associada a um pós-cirúrgico de redução gástrica, vale lembrar que esta desnutrição e redução as vezes abrupta de peso materno no pós-operatório imediato pode gerar complicações fetais e sofrimento do mesmo como baixo peso e

retardo do crescimento intra-uterino.²

MATERIAIS E MÉTODOS

Este artigo se propôs realizar uma revisão bibliográfica do tipo descritivo-exploratória e retrospectiva com análise integrativa, sistematizada e qualitativa. No qual o objetivo foi descrever sobre os risco de uma gestação pós bariátrica, os cuidados que a gestante deve ter durante a gestação, e como a fisioterapia pode auxiliar nesse processo gestacional, e pós gestacional. O levantamento bibliográfico foi coletado nos sites do portal Scielo, e Lilacs. Optou-se por trabalhar com artigos que possuíssem os seguintes termos: Gestação pós bariátrica, cirurgia bariátrica, riscos gestacionais pós bariátrica, fisioterapia pré-concepção, fisioterapia pós bariátrica, fisioterapia pós parto, Parto e Fisioterapia, Gravidez e Fisioterapia, parto humanizado. Os termos utilizados em inglês foram: Labor, Obstetric, Physiotherapy, Pregnancy and Physiotherapy. Justifica-se a adoção desses critérios para uma melhor verificação, mais apropriada sobre o tema com o intuito de ter um campo de pesquisa interessante para discutir melhor e com mais segurança os dados coletados. Para refinar a pesquisa, foi dada preferência por artigos disponíveis na íntegra, artigos de pesquisa de campo, artigos em português e inglês. Como critério de exclusão foram artigos incompletos, artigos que não apresentavam os descritores relacionado ao tema. Os termos escolhidos e as palavras-chave foram fundamentadas e obtidas junto ao DECS (Descritores em Ciências da Saúde). O objetivo

de escolher esses critérios foi para facilitar a análise e a interpretação do material bibliográfico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A gravidez é uma fase da mulher em que há várias alterações fisiológicas, alteração hormonal em que a placenta a partir das sétima e oitava semanas assumem a produção hormonal e tem-se uma regressão do hormônio LH (hormônio Luteinizante) e do corpo luteo. A placenta se torna responsável pela produção dos hormônios placentários; gonadotrofina coriônica (hormônio próprio da gravidez), lactogênio placentário humano, tireotrofina coriônica humana (similar ao TSH), corticotrofina coriônica humana (similar ao cortisol), estrogênio e a progesterona (papel de manter o útero inibido, evitando a contração uterina antes do tempo adequado) e há aumento da relaxina (favorece a frouxidão ligamentar), importante para o profissional fisioterapeuta que assiste esta mulher por esta frouxidão favorecer danos osteoarticulares a esta mulher no período gestacional e no pos-parto.⁷

Outro fator que interfere no organismo materno e o fator mecânico gerado pelo útero que ao crescer vai alterar a postura da gestante interferindo no sistema osteomuscular alterando postura, marcha, distendendo músculos, movimentando articulações como a lombopelvica e a sínfise-pública, além de fazer uma compressão nos órgãos pélvicos e diafragma alterando respiração, função gástrica, urinária e proctológica. Tem-se ainda uma terceira alteração

no organismo materno que são as solicitações fetais de O₂ e nutrientes que acarretam em alterações na parte cardíaca, renal, circulatória, pois o feto recruta muito oxigênio e nutrientes dessa mãe. Portanto o organismo dessa grávida faz adaptações para esse período em que haja um suporte de sangue, glicose para o feto e órgãos nobres como o cérebro, facilitando a hipoglicemia e hipotensões ortostáticas materna.².

A gravidez em uma mulher obesa, tem maior risco de apresentar complicações do que em uma mulher que engravida após uma cirurgia bariátrica que faz uma redução do estomago e desvio do intestino, pois vai ter uma alteração de síndrome metabólicas, de nutrientes, lipídios, carboidratos da obesidade somada as alterações sistêmicas próprias da gestação. Como demonstração na Figura 1.

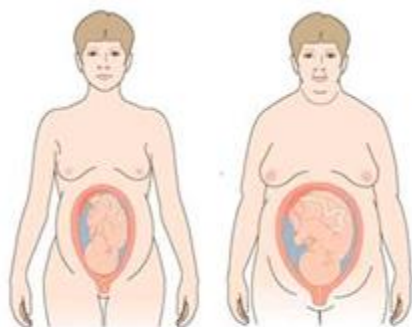


Figura 1: observa o feto de uma mãe obesa e uma mãe normal, diferença se da no aumento do peso do peso fetal, em uma mulher obesa o feto absorve nutriente além do que precisa. <https://blogpilates.com.br/gestantes-obesas/>

O cuidado que uma mulher submetida a cirurgia gástrica deve ter e evitar engravidar no

primeiro ano pos-operada pois nesta fase a mulher apresentara perda de peso acelerada, podendo acarretar em um desequilíbrio hidroelétrico e nutricional para a mãe e para o feto. Na mãe favorece uma síndrome de dump em que há a queda de glicose, sensação de síncope, mal estar, alteração da frequência cardíaca e frequência respiratória mesmo não estando grávida. Como toda gestação em si tem alterações a gravidez no pos-cirurgia bariátrica é melhor que na obesa severa, porém tem que ter um limite de tempo, ideal um ano pos-cirurgia para que o organismo dessa mulher se adapte com as mudanças hormonais da cirurgia gástrica.

A cirurgia bariátrica é o método mais eficaz no controle e tratamento da obesidade severa, tendo como benefício a resolução ou melhora significativa de doenças crônicas dentre tais a hipertensão, diabetes e hiperlipidemia, entretanto as alterações de absorções de nutrientes no paciente submetidos a cirurgias bariátricas se dão especificamente pela alteração anatômica e fisiológicas que prejudicam as vias de absorção e ou digestão alimentar. Os principais tipos de cirurgias bariátricas atualmente é o by-pass gástrico em Y-de Roux, uma técnica cirúrgica que restringe o tamanho da cavidade gástrica e consequentemente a quantidade de alimentos ingeridos, a baixa absorção se dá pela redução da superfície intestinal em contato com o alimento e a diminuição no tempo do trânsito gastrointestinal a exclusão do duodeno e jejuno e pelo contato limitado com a borda em escova. Sendo assim cerca de 25% de proteína e 72% de gordura deixam de ser absorvidas como as vitaminas lipossolúveis e o zinco. Sendo assim,

se faz necessário a reposição de micronutrientes nos pacientes pós bariátrica, não apenas para a saúde mas também para o sucesso na manutenção de peso a longo prazo. Podendo apresentar como consequência anemia, perda de massa óssea, desnutrição protéica, neuropatias periféricas, danos visuais, encefalopatia de Wernicke e mal formação fetal ⁶.

Sendo que, cerca de 84% dos pacientes que se submetem a uma cirurgia bariátrica são mulheres muitas delas em idade fértil. Trazendo como um dos benefícios o aumento da atividade sexual, normalização da ovulação que conseqüentemente vai acarretar melhoras na fertilidade, porém há possibilidades dessas pacientes evoluírem com uma má nutrição induzida pela cirurgia. Levando em consideração esse último aspecto e a realidade de que muitas dessas mulheres poderão vir a engravidar após a gastroplastia, preocupasse o quanto a gestação poderia evoluir com resultados negativos nessa situação em particular. ².

A má absorção pode acarretar em complicações tanto materna quanto fetais, como nascimento pré-termo, baixo peso ao nascer, hipocalcemia neonatal ou raquitismo, osteomalácia materna, retardamento mental fetal, e defeitos no tubo neural, afetando também a amamentação que não é contra indicada para as pacientes pós bariátrica porém devido a má absorção pode ocasionar déficit de vitamina B12 na mãe e conseqüentemente em crianças alimentadas com o aleitamento materno. Devido as diversas complicações citadas acima e recomendado que a gestação seja programada

para ocorrer após 18 meses da cirurgia bariátrica, na tentativa de se evitar a má nutrição e defeitos congênitos do feto durante o período de rápida perda de massa corporal materna. Visto também que o primeiro ano após a cirurgia e o período em que a perda de massa corporal se faz de forma mais intensa, no caso de uma gestação nesse período a paciente perderá a fase de maior perda de peso que provavelmente não será retomada após o parto. Visando ainda que o índice de cesaria na população pós bariátrica é relativamente mais alto do que na população em geral. ³.

Estas mulheres devem ser acompanhadas antes da cirurgia por uma equipe multidisciplinar para prepará-la fisicamente e psicologicamente para a cirurgia, que sim auxilia no emagrecimento e resoluções de patologias como diabetes e hipertensão arterial, porém esta mulher deve continuar este acompanhamento no pós-operatório com os médicos, nutricionista e psicólogos para facilitar a compreensão das alterações abruptas que ocorreram no corpo desta mulher. ⁴. E dentro deste acompanhamento multiprofissional tem o acompanhamento do profissional fisioterapeuta.

A fisioterapia atua na preparação respiratória da pessoa no pré-operatório no intuito de evitar complicações como pneumonia, derrame pleural e atelectasia, e fortalece os músculos respiratórios para que a pessoa consiga passar pela anestesia e sair do ventilador no fim da cirurgia ainda no centro-cirúrgico. Se os músculos respiratórios não apresentarem força suficiente para sair do ventilador a paciente tem uma grande

possibilidade de ir a óbito. E além do trabalho respiratório o fisioterapeuta atua na reabilitação osteomuscular, de lesões articulares acarretadas pelo sobrepeso nestas e outras advindas da perda muscular pós- cirurgia.⁹

Neste trabalho de reabilitação o fisioterapeuta atua também no Peri parto, preparando a mulher para uma gestação, trabalho de parto e parto mais eficaz e com menos intercorrência materno-fetais. Nesta fase gestacional o profissional atua no trabalho de fortalecimento do core e principalmente do períneo e do abdômen, pois vão ser musculaturas que sofreram maior sobrecarga durante a gestação,mas não esquece de fortalecer membros inferiores e superiores.Porém esses exercícios devem ser feitos com maior cuidado do fisioterapeuta pois pode gerar uma queda abrupta da glicemia e com a fadiga pode causar uma depressão fetal devido a paciente que fez a cirurgia bariátrica já ter uma deficiência nutricional, necessitando um maior retorno para o feto.

A realização de exercícios traz vários benefícios biológicos a gestante, favorece menor ganho de peso e adiposidade materna, diminuição do risco de diabetes, redução de complicações obstétricas, ausência de diferenças significativas em idade gestacional, reduz a duração do parto e da fase ativa do parto, favorece o parto vaginal, melhora o peso ao nascimento do recém-nascido e os valores de APGAR e reduz as complicações materno-fetais. O exercício apropriado leva a menor risco de parto prematuro, e a um índice menor de hospitalizações, além de melhorar a capacidade física traz benefícios psicológicos e

sociais a esta mulher. Porém esta deve ser assistida por profissionais especializados, que saberão reconhecer as indicações e as contra-indicações da prescrição de atividade física e quando inicia-la sem levar a um risco maior de danos ao organismo materno-fetal.¹¹

No pre-natal as sessões de fisioterapia devem apresentar orientações sobre esta fase, o trabalho de parto e parto e cuidados que a mulher deve ter com o seu corpo e o filho quando nascer.¹⁰ Quanto aos exercícios o fisioterapeuta deve sempre realizar alongamento muscular global, fazer fortalecimento de todos os músculos principalmente abdômen e músculos do assoalho pélvico que são exigidos na gestação e no parto independente do tipo de parto, e na mulher pos-cirurgia bariátrica mais ainda pois a obesidade também sobrecarregou o perineo e o abdômen.¹¹ O fisioterapeuta também deve orientar sobre a dinâmica de parto e como esta mulher deve realizar a respiração na hora do parto para favorece-lo e não dificulta-lo.

CONCLUSÃO

No pre-natal de mulheres que foram submetidas a cirurgia bariátrica se faz necessário, a presença de profissionais capacitados para assisti-la e ao seu feto. Sendo estes de preferencia profissionais que façam parte da sociedade de cirurgia bariátrica e metabólica e a sociedade de ginecologia e obstetrícia.

A gestação no pos-cirurgia bariátrica após 18 meses e melhor do que em uma mulher com obesidade severa. Levando em conta que os profissionais devem saber assisti-la e identificar

os sinais de riscos materno-fetais como sobrecarga e desnutrição materna.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

- 1-Lima J,G; Nóbrega L,H,C; Mesquita J, B; Nóbrega M,L,C, et Al. Gestação após gastroplastia para tratamento de obesidade mórbida:série de casos e revisão da literatura. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(2): 107-111;
- 2-Queiroz S, Muniz LB, Haack A, Santos ACS. Gestação Após Cirurgia Bariátrica: Um Estudo Baseado em Evidências. Revista de Divulgação Científica Sena Aires 2013; Janeiro-Junho (1): 65-72.
- 3-Bordalo L,A; Teixeira T,F,S; Bressan J, Mourão D,M. Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar. Rev Assoc Med Bras 2011; 57(1):113-120.
- 4-Távora GF, Cuntin TDE, Nessimian BC, Akerman LPF, et al. Gravidez pós-cirurgia bariátrica: perfil psicossocial e assistência multiprofissional. REVISTA DO CFCH • UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO ISSN 2177-9325. Disponível em: www.revista.cfch.ufrj.br Edição Especial SIAC 2016.
- 5- Almeida J,C,A,R,R.cirurgia bariátrica e gravidez . Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2013/2014.
- 6- Lívia A. BORDALO et al, Deficiências nutricionais após cirurgia bariátrica , Acta Med Port. 2011; 24(S4):1021-1028.
- 7- SACRAMENTO, L,S; FERRAZ L,G,F; RODRIGUES A,S. ATENÇÃO À SAÚDE DA GESTANTE PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA. Revista Eletrônica Estácio Saúde - Volume 2, Número 2, 2013.
- 8- LEWANDOSKI L,T. APLICAÇÃO DE UM PROTOCOLO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES OBESOS COM INDICAÇÃO À CIRURGIA BARIÁTRICA. 2005.
- 9- Bim, C, R, e Parego, A, L. FISIOTERAPIA APLICADA À GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Maringá, 2002.
- 10- STRASSBURGER, S Z; DREHER D, Z. A fisioterapia na atenção a gestantes e familiares: relato de um grupo de extensão . Scientia Medica, Porto Alegre. Março 2006.
- 11- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Exercise during pregnancy and postpartum period. ACOG Committee Opinion – nº 267, Washington, v. 99, n. 1, p. 171-3, 2002.

DIRETRIZES PARA AUTORES

Normas para submissão de manuscritos

1. Informações gerais para submissão:

A revista científica APPLIED HEALTH SCIENCES tem carácter multidisciplinar e publica artigos científicos, notas científicas, notas técnicas, revisões sistemáticas e artigo de opinião inéditos nas seguintes áreas de Ciências aplicadas a saúde: Biomedicina; Ciências Biológicas; Ciências do Esporte e Reabilitação (Educação Física; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Terapia Ocupacional); Enfermagem; Farmácia; Medicina; Nutrição; Odontologia e Psicologia. Os trabalhos submetidos devem apresentar relevância para a saúde e ou qualidade de vida. Os manuscritos originais podem ser submetidos em português ou inglês.

1.1. Tipos de Trabalhos aceitos:

- **Artigo Científico:** refere-se a trabalho científico completo e com resultados originais de pesquisa realizada em uma instituição de pesquisa/laboratório/empresa. Deve apresentar de 10 a 15 laudas.

- **Nota Científica:** comunicação breve, cuja publicação imediata é justificada, por se tratar de fato inédito de importância, mas com volume insuficiente para constituir um artigo científico completo. Deve apresentar 07 a 15 laudas.

- **Nota Técnica:** refere-se a trabalho de comunicação de métodos, validação de métodos, técnicas, aparelhagens ou acessórios desenvolvidos em laboratórios, instituições de pesquisa ou empresas. Deve apresentar 07 a 15 laudas.

- **Revisão Sistemática:** deve apresentar informações relevantes sobre o estudo proposto, referencias

originais e atualizadas. Apresentar análise crítica do assunto e relevante discussão. A mera descrição de informações deve ser evitada. Pelo menos um dos autores deve ser especialista no trabalho proposto. Após o recebimento e a constatação de que o manuscrito está conforme as normas a sua tramitação será iniciada. Deve apresentar 12 a 20 laudas.

- **Artigo de opinião/Carta:** exclusivo para autores convidados pelos Editores da Revista Científica APPLIED HEALTH SCIENCES, com tamanho entre 5 a 10 laudas. Neste formato não são exigidos resumo/palavras-chaves e abstract/keywords.

1.2. Submissão dos manuscritos:

A submissão dos manuscritos, de qualquer tipo, deve ser feita pelo sistema eletrônico disponível no site da SBCSaúde: (<http://sbcsaude.org.br>, sendo todo o material pertinente ao manuscrito enviado, preferencialmente em único email para (publicacoes@sbcsaude.org.br) e deverá seguir as normas de publicação definidas pela revista nas “Normas para submissão de manuscritos”, disponível no site da revista.

É de responsabilidade da comissão científica da *APPLIED HEALTH SCIENCES* convidar pesquisadores de áreas específicas para revisar os manuscritos submetidos. O Editor Chefe, a Comissão Editorial e o Conselho Científico, em casos especiais, têm autonomia para decidir sobre a publicação do artigo.

Os artigos aprovados, em qualquer categoria serão publicados em versão eletrônica da revista e estarão disponíveis na íntegra em formato PDF no endereço eletrônico (<http://sbcsaude.org.br>, podendo ser acessados livremente.

Contato com o editor chefe e a comissão editorial poderá ser feito para suporte através do e-mail: (publicacoes@sbcsaude.org.br) ou por correspondência.

1.3. Endereço para correspondência

APPLIED HEALTH SCIENCES/Revista Multidisciplinar de Ciências Aplicadas
em Saúde A/C Profa. Dra. Mônica de Oliveira Santos
Sociedade Brasileira de Ciências aplicada à Saúde/SBCSaúde.

Rua CP 13 QD. 13 LT 06. Celina Park, Goiânia, Goiás. CEP. 74373-160

1.4. Condições gerais para a publicação

Os autores devem ler e verificar todas as normas para a submissão do trabalho. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. O manuscrito submetido, de qualquer categoria, deve conter resultados que não tenham sido publicados de forma completa em qualquer outro meio gráfico ou eletrônico.

2. O mesmo manuscrito ou outro que contenha os mesmos dados originais não poderá ser submetido simultaneamente e nem posteriormente a este ou a outro(s) periódico(s) de qualquer natureza sob pena de incorrer em ilícito civil e penal perante a lei nº 9.610/98 (lei do direito autoral).

1.4.1. Documentação obrigatória

Junto com a submissão eletrônica do manuscrito deve ser anexado:

1. Termo de “Autoria e aceite de publicação” do manuscrito assinada por todos os autores.
2. Termo de “Responsabilidade” e compromisso de veracidade das informações escritas no corpo do manuscrito, bem como informações contidas nas figuras e tabelas do mesmo.
3. Em caso de pesquisa que envolva seres humanos de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais, deverá ser encaminhado documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Obs.

1. Os trabalhos encaminhados para publicação deverão conter informação sobre a existência ou não de conflitos de interesse. Basta colocar no texto da Metodologia, caso não haja o conflito: “Declara-se que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho”.

2 – Taxas

-Taxa de Submissão e Publicação:

Submissão e tramitação do trabalho	livre	free
Publicação de trabalho	livre	free

3. Tramitação do manuscrito original

1. O manuscrito é primeiramente analisado pelo editor para verificar se atende às normas da revista. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da Revista são devolvidos aos autores para adequação. O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições.

2. Estando nas normas, o manuscrito é encaminhado ao Editor de Seção que se encarregará de enviá-lo a dois avaliadores especialistas da área. A avaliação dos trabalhos é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores permanecem em sigilo até a aprovação final do trabalho.

3. Assim que os avaliadores devolvem os seus pareceres, o Editor de Seção compila os comentários e, baseado nessas informações, toma uma das seguintes providências:

a) aceito para publicação; b) aceito para publicação com ‘sugestões não impeditivas’; c) reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas; d) recusado para publicação.

Obs. Caso os pareceres dos avaliadores sejam oponentes, o Editor de Seção encaminhará o trabalho para um terceiro avaliador.

Quando a avaliação do parecerista indicar ‘sugestões não impeditivas’, o parecer será enviado aos autores para correção do trabalho, com prazo para retorno em até 20 dias. Ao retornar, o trabalho volta a ser avaliado pelo mesmo parecerista, que terá prazo de 20 dias, prorrogável por mais 20 dias, para emissão do parecer final. O Editor Científico possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como das alterações efetuadas.

No caso de solicitação para ‘reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas’, o trabalho deverá ser reencaminhado pelo autor em no máximo dois meses. Ao fim desse prazo, e não havendo qualquer manifestação dos autores, o trabalho será excluído do sistema.

Obs.

Recomenda-se que o autor imprima e acompanhe a lista de checagem/Checklist for Authors para orientar-se no momento de submeter o manuscrito.

O manuscrito original, de qualquer categoria, só poderá ser submetido pelo sistema eletrônico disponível no site da SBCSaúde: (<http://sbcsaude.org.br>), seguindo o passo a passo de documentos anexados. Recomenda-se que todos os documentos estejam devidamente identificados. Exemplos: Manuscrito Completo.docx; Carta de Autorização de Publicação.docx; Carta de Responsabilidade.docx; Carta de aceite do CEP.docx; etc.

O arquivo de submissão do manuscrito deverá ser criado com extensão “.doc” ou “.docx” ou “.rtf” (não serão aceitas outras extensões) compatível com o Microsoft Word® ou o OppenOffice® e não pode ultrapassar 2 Mb de tamanho.

Atenção: Não será permitida nenhuma alteração de autor(es) no artigo após a submissão e o início da tramitação. Os trabalhos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores, não podendo exceder a seis autores por trabalho. Exceções se aplicam a patentes e similares com justificativa dos autores a ser analisada pelo Editor chefe.

4. Estrutura do trabalho

O corpo do texto, de tabelas e de figuras deverão seguir a formatação: fonte Times New Roman, tamanho 12; papel tamanho A4 (210 mm x 297 mm), com numeração contínua de linhas (esquerda) e de páginas (canto direito inferior), todas as margens com 2,0 cm e espaço 2 entre linhas.

O título (subtítulo quando houver) deve ser formatado centralizado, em letra maiúscula, negrito, e separado do subtítulo por dois pontos. O título pode ter no máximo 5 linhas. Nomes científicos devem constar em itálico e de acordo com as normas internacionais. Fonte Times New Roman, tamanho igual a 12 e espaçamento com 2 entre linhas.

Informações de rodapés e numeração de página deve ser formatado em Times New Roman 10 itálico e espaçamento simples.

A estrutura do manuscrito deve ter a seguinte composição: Introdução; Materiais e Métodos; Resultados e Discussão; Conclusão; Agradecimentos (opcional);

Pesquisas com financiamento: citar a agência financiadora e o número do processo em Agradecimentos (opcional) e ou Suporte Financeiro, no final do trabalho.

Para artigos científicos recomendamos a organização de 10 a 15 laudas; Para revisões sistemáticas ou meta análise, 12 a 20 laudas e 07 a 15 laudas para nota científica e técnica. A modalidade de Artigo de opinião: é exclusivo para autores convidados pelos Editores da Revista Científica APPLIED HEALTH SCIENCES, com tamanho entre 10 a 15 laudas.

Obs.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.

4.1. Página de rosto:

4.1.1. Indicação da categoria do manuscrito: (artigo científico, nota científica, nota técnica ou revisão bibliográfica). Formatação: na primeira linha da primeira página, acima do título original, centralizado e com as letras iniciais maiúsculas, fonte Times New Roman tamanho 12 e em negrito.

4.1.2. Título do manuscrito: O título deve seguir a língua escolhida para apresentação do trabalho.

4.1.2.1. Título do manuscrito na segunda língua. Seguir exatamente a tradução do título original.

4.1.3. Nome completo do(s) autor(es). Deve vir duas linhas abaixo do título do trabalho. Usar Times New Roman 10 em negrito. Alinhamento à direita. Marcar em sobrescrito (¹) as informações pertinentes a filiação.

4.1.4. Em nota de rodapé (primeira página) colocar as informações sobre filiação institucional e titulação, endereço, telefone e e-mail para contato.

4.2. Corpo do trabalho:

4.2.1 Resumo em português e inglês, com no máximo 250 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Não são permitidas citações ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

4.2.2. Ao final do resumo, de três a cinco palavras-chave com inicial maiúscula e separadas por ponto.

4.2.2.1. Keywords. Ao final do Abstract. Seguir as mesmas normas das palavras-chave.

5. Estrutura de Tabelas e Figuras

Não disponibilizamos a opção de “quadro”. Não serão aceitos, em hipótese alguma, figuras e/ou tabelas com apresentação paisagem. Tabelas com muita informação que juntas não cabem em apresentação retrato, devem ser divididas em duas ou mais. A largura máxima de tabelas e figuras deverá ser a do texto da página no formato retrato.

5.1. Tabelas

Devem ser formatadas utilizando-se a ferramenta “Tabela” do editor de texto. Não serão aceitas

tabelas inseridas como figura. Serão numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, encabeçadas pelo título e inseridas após sua citação no texto. As tabelas devem ser editadas sem traços verticais e somente com traços horizontais simples, de espessura 1,0 ponto. Devem ter a largura de 9 ou 18 cm.

As tabelas devem ser autoexplicativas para que não seja necessário recorrer ao texto para entendê-las completamente. As unidades no sistema internacional deverão constar abaixo do item correspondente ou da variável, entre parênteses, no corpo da tabela e não em seu título. Qualquer observação no corpo da tabela necessária para identificação de uma sigla ou variável deve ser referenciada com chamada em sobrescrito (números ou símbolos) colocada antes da sigla ou da variável, e devidamente identificada e definida no rodapé da tabela.

No corpo da tabela e nas informações de rodapé a fonte deve ser a Times New Roman tamanho 10 e espaçamento 1,0. (Ver manuscrito exemplo).

5.2. Figuras

As figuras (gráficos, fotografias, esquemas, ilustrações, etc.) deverão ser colocadas após a sua citação pela primeira vez, no tamanho e formato final para publicação. A largura máxima da figura será a largura máxima do texto na página. As figuras e suas legendas devem ser claramente legíveis e apresentar qualidade necessária à perfeita visualização e impressão de todos os detalhes necessários. Os eixos e os números e letras desses eixos devem estar na cor preta (não em cinza e nem em outra cor ou tonalidade qualquer) e em tamanho facilmente legível na tela de um monitor de computador com o manuscrito sem aumento, ou seja, em tamanho normal (100%).

As figuras devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, e o título deve ser colocado abaixo da mesma. Todos os detalhes necessários para entendimento da Figura que não foram completamente identificados no seu interior devem ser explicados no título. A legenda deve ser localizada abaixo do título do eixo horizontal da figura e de modo a não se confundir com este e não no interior da figura.

O número de figuras, gráficos, esquemas, e outros deverá ser, no máximo, de seis por trabalho. Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

6. Outras informações

1. Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico.
2. Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: 'porta de entrada'.

3. Recomenda-se que o manuscrito seja submetido a uma revisão de texto para identificar erros de ortografia e de digitação antes de submeter à revista.
4. Produtos utilizados devem ser especificados por seus nomes técnicos. Os nomes comerciais, seguidos pelo símbolo ®, podem ser citados entre parênteses.
5. Os dados e conceitos emitidos nos trabalhos, assim como a exatidão das referências bibliográficas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).
6. Casos não previstos nessas normas serão resolvidos pela Comissão Editorial.
7. A publicação dos artigos se fará pela ordem de aprovação sendo os autores avisados em qual edição o trabalho estará disponível.
8. Situações não previstas serão deliberadas pelo corpo editorial da revista.

Editores da APPLIED HEALTH SCIENCES

SBCSaúde - Sociedade Brasileira de Ciências Aplicadas à Saúde 2018.

Disponível em: <http://sbcsaude.org.br/site/editora-sbcsaude/applied-health-sciences/>