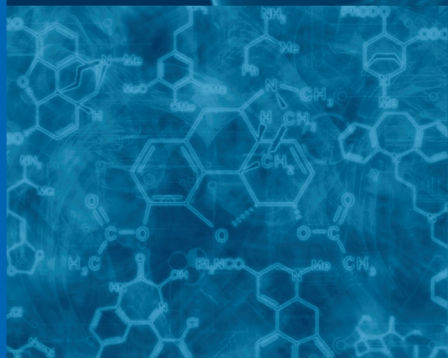


UNINGÁ – CENTRO UNIVERSITÁRIO INGÁ

Uningá Review

Online ISSN 2178-2571



30(2)

Abril / Junho
April / June

2017



Master Editora
The Greatest Step Across Borders

Título / Title:

Periodicidade / Periodicity:

Diretor Geral / Main Director:

Diretor de Ensino / Educational Director:

Diretor de Pós-Graduação / Post-Graduation Director:

Diretor Administrativo / Administrative Director:

UNINGÁ Review

Trimestral / Quarterly

Ricardo Benedito de Oliveira

Ney Stival

Mário dos Anjos Neto Filho

Flávio Massayohi Sato

Editor-Chefe / Editor-in-Chief: Prof. Dr. Mário dos Anjos Neto Filho

Corpo Editorial / Editorial Board

Prof. Dr. Afonso Pelli, UFTM (MG)

Prof. Dr. Aissar Eduardo Nassif, UNINGÁ (PR)

Prof. Dr. Alaor Aparecido Almeida, CEATOX-UNESP (SP)

Prof. MS. Alex Sanches Torquato, UTFPR (PR)

Profa. Dra. Carolina Baraldi Araujo Restini, UNAERP (SP)

Profa. Dra. Claure Nain Lunardi Gomes, UnB (Brasília/DF)

Prof. Dr. Fabiano Carlos Marson, UNINGÁ (PR)

Prof. Dr. Gerson Jhonatan Rodrigues, UFSCar (SP)

Prof. Dr. Isaac Romanini, UNINGÁ (PR)

Prof. Dr. Jefferson José de Carvalho Marion, UFMS (MS)

Profa. Dra. Kellen Brunaldi, UEM (PR)

Prof. Dr. Luiz Fernando Lolli, UNINGÁ (PR)

Profa. Dra. Michele Paulo, USP (SP)

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Évora, USP (SP)

Prof. Dr. Roberto Barbosa Bazotte, UEM (PR)

Prof. Dr. Roberto DeLucia, USP (SP)

Prof. MS. Rogério Tiyo, UNINGÁ (PR)

Profa. MS. Rosana Amora Ascari, UDESC (SC)

Prof. Dr. Sérgio Spezzia, UNIFESP (SP)

Profa. Dra. Tatiliana Geralda Bacelar Kashiwabara, IMES (MG)

Profa. MSd. Thais Mageste Duque, UNICAMP (SP), UNINGÁ (PR)

Profa. MS. Valéria Garcia da Silva, UNINGÁ (PR)

Indexações: Latindex, Google Acadêmico, EBSCO host (Fonte Acadêmica), Periódicos CAPES e *Directory of Research Journals Indexing* - DRJI.

Distribuição: Master Editora – Publicações Científicas

A Revista **UNINGÁ Review** é um Projeto Especial para divulgação científica apenas em mídia eletrônica, estando inscrito na Coordenação do Núcleo Pesquisa da UNINGÁ sob o número (171/2-2009) da UNINGÁ.

Todos os artigos publicados foram formalmente autorizados por seus autores e são de sua exclusiva responsabilidade.

As opiniões emitidas nos trabalhos aqui apresentados não correspondem necessariamente, às opiniões da Revista **UNINGÁ Review** e de seu Corpo Editorial.

The UNINGÁ Review Journal is a special project to scientific dissemination only in electronic media, registered in the Coordination of the Research Center - UNINGÁ (171/2-2009).

All published articles were formally authorized by their authors and are your sole responsibility.

The opinions expressed in the studies published do not necessarily correspond to the views of UNINGÁ Review Journal and its Editorial Board.



Prezado leitor, é com grande satisfação que divulgamos a trigésima edição, volume dois, da Revista **UNINGÁ Review**.

UNINGÁ Review recebeu a estratificação B4 pelo sistema QUALIS CAPES, após a avaliação das edições anteriores, desde o ano de 2010.

Atualmente a **UNINGÁ Review** é indexada nos seguintes portais de periódicos: Latindex, Google Acadêmico, Bibliomed, EBSCO host, DRJI e Periódicos CAPES

Desde o dia 01/07/2013, a Revista **UNINGÁ Review** passou a ser distribuída pela Master Editora, adotando o formato *Open Access Journal* (Revista Científica de Acesso Aberto) que garante a manutenção do acesso irrestrito e gratuito aos artigos publicados. Os autores não terão nenhum custo financeiro para submissão e a subsequente análise do manuscrito pelo conselho editorial do periódico. Entretanto, caso um manuscrito seja aceito para publicação, o autor responsável (autor de correspondência) confirmará o interesse pela publicação realizando o pagamento de uma taxa de publicação, em função dos custos relativos aos procedimentos editoriais.

Aproveitamos a oportunidade para agradecer aos autores dos trabalhos que abrilhantam esta edição e para convidar aos autores de trabalhos científicos que se enquadram em nosso escopo editorial para o envio de seus artigos para nossa análise *ad hoc*, visando o aceite de sua obra para publicação em uma das edições futuras da Revista **UNINGÁ Review**.

Boa leitura!

Mário dos Anjos Neto Filho
Editor-Chefe

Dear reader, it is a great satisfaction to disclose the thirtieth edition, volume two, of the Journal UNINGÁ Review.

UNINGÁ Review received the concept of stratification B4 by QUALIS CAPES system, according to the evaluation of the previous editions, since 2010.

Currently UNINGÁ Review is indexed in the following journals portals: Latindex, Google Scholar, Bibliomed, EBSCO host, DRJI and Periódicos CAPES.

Since July, 01, 2013, the UNINGÁ Review Journal became distributed by Master Publisher, adopting the format Open Access Journal that ensures the free and unrestricted access to published articles. The authors have no financial cost to any submission and subsequent analysis of the manuscript by the editorial board of the journal. However, if a manuscript is accepted for publication, the mailing author can confirm the interest in publishing by the payment of a publication, according to the costs relating to the procedures editorials.

We take this opportunity to thank the authors of the works that brightens this issue and to invite the authors of scientific papers that fit with our editorial scope to send your articles to our ad hoc aiming at acceptance of your paper for publication in a future issue of the Journal UNINGÁ Review.

Happy reading!

Mario dos Anjos Neto Filho
Editor-in-Chief



Master Editora

ORIGINAIS

RESVERATROL ATENUA A ATROFIA E A PERDA DE ÁCINOS DA GLÂNDULA SALIVAR PARÓTIDA DE RATOS COM DIABETES CRÔNICO

ANGELA MARIA PEREIRA **ALVES**, NILZA CRISTINA **BUTTOW**, CASSIANO **CHRISTMANN**, ERICK **YAMAMOTO**, JOSIANE MEDEIROS DE **MELLO**, MARCELLO ARNALDO NUNES **PRADO**, PAULO ALEXANDRE **GALVANINI**, EDER PAULO BELATO **ALVES** 06

MORTALIDADE MATERNA POR DOENÇA

HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO – DHEG, MARINGÁ – PR, 2010- 2014

GISELE BRUNA CORREA DA **SILVA**, ELIANA DIAS PEREIRA **CISMER** 11

DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO SENSORIAL DE SORVETE DE IOGURTE (FROZEN) FUNCIONAL COM BIOMASSA DE BANANA VERDE E FRUTAS VERMELHAS

RITA DE CASSIA DE SOUZA **FERNANDES**, VICTÓRIA CREDIDIO **PITOMBO**, NOELI APARECIDA ROSA DE **MORAIS**, AMANDA CARDOSO DE ALMEIDA **SALVADOR**, LARISSA SANCHEZ **REZENDE**, ANDREA CARVALHEIRO GUERRA **MATIAS**, NELSON ROBERTO **FURQUIM**, ISABELA ROSIER OLIMPIO **PEREIRA** 17

RISCO DE QUEDA EM IDOSOS: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

VIVIAN LARA SILVA **NEVES**, RAYLA BRUNA NOGUEIRA **CAMPOS**, FRANCISCA ALINE AMARAL DA **SILVA**, IVONIZETE PIRES **RIBEIRO** 23

ATUALIZAÇÃO DA LITERATURA

MÉTODOS QUE DEFINEM A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

LEYLA GERLANE DE OLIVEIRA **ADRIANO** 30

MICROORGANISMOS BUCAIS NO DESENVOLVIMENTO DA PNEUMONIA ASPIRATIVA POR VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTES DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - REVISÃO DE LITERATURA

BÁRBARA **FONSECA**, ANA CAROLINA DA SILVA **BOCASSANTA**, ANDRESSA **BOZZA**, ELIANA CRISTINA **FOSQUIERA** 37

CONHECIMENTO DE MULHERES SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

LIDIANE CRISTINA DE SOUSA **GOMES**, TATYANNE SILVA **RODRIGUES**, PÉTTERSON DANILO DE OLIVEIRA LIMA **GOIANO**, JULIANNY DE SOUSA PIRES **LOPES** 44

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E COMORBIDADES DA SÍNDROME DE SJÖGREN: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

REBECA **PACHE**, THAÍS DA SILVA **SANTOS**, JORGE JUAREZ VIEIRA **TEIXEIRA**, SIMONI **OBICI** 52

ABORDAGENS FARMACOLÓGICAS NA TERAPIA DO CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO SOBRE OS MODULADORES ESTROGÊNICOS

RAIMUNDO NONATO TEIXEIRA DINIZ, IAN JHEMES OLIVEIRA SOUSA, POLYANNA DOS SANTOS NEGREIROS, FABYANNA DOS SANTOS NEGREIROS, RODRIGO LOPES GOMES GONÇALVES ... 61

MUDANÇAS NO CONVÍVIO SOCIAL DE PACIENTES COM HANSENIÁSE

ELETÍCIA ALVES DA SILVA SANTOS, ELLEN VANUZA MARTINS BERTELLI 64

CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

JANIELI RODRIGUES DO REGO, AROLDO GAVIOLI 68

ESTILOS DE LIDERANÇA E O DESEMPENHO PROFISSIONAL NOS AMBIENTES DE TRABALHO

MARA GARDENE GOMES FONTENELE, TATYANNE SILVA RODRIGUES 74

ATENÇÃO FARMACÊUTICA COMO PROMOTORA DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

MATHEUS BARBOSA, SAMUEL BOTIÃO NERILO 82

RESVERATROL ATENUA A ATROFIA E A PERDA DE ÁCINOS DA GLÂNDULA SALIVAR PARÓTIDA DE RATOS COM DIABETES CRÔNICO

RESVERATROL REDUCES LOSSES AND ATROPHY OF ACINAR CELLS OF PAROTID GLAND OF DIABETIC RATS

ANGELA MARIA PEREIRA ALVES^{1*}, NILZA CRISTINA BUTTOW², CASSIANO CHRISTMANN³, ERICK YAMAMOTO⁴, JOSIANE MEDEIROS DE MELLO⁵, MARCELLO ARNALDO NUNES PRADO⁶, PAULO ALEXANDRE GALVANINI⁷, EDER PAULO BELATO ALVES⁸

1. Doutora em Ciências Biológicas. Professora na Universidade Estadual de Maringá - Departamento de Ciências Morfológicas – DCM; 2. Doutora em Ciências Biológicas. Professora na Universidade Estadual de Maringá - Departamento de Ciências Morfológicas – DCM; 3. Graduando em Medicina da Universidade Estadual de Maringá. 4. Graduando em Medicina da Universidade Estadual de Maringá. 5. Doutora em Ciências Biológicas. Professora na Universidade Estadual de Maringá - Departamento de Ciências Morfológicas – DCM; 6. Graduando em Medicina da Universidade Estadual de Maringá; 7. Doutor em Biologia das Interações Orgânicas. Professor na Universidade Federal do Sergipe.. 8. Doutor em Ciências Biológicas. Professor na Universidade Estadual de Maringá - Departamento de Ciências Morfológicas – DCM.

* Av: Colombo 5790, Bloco H-79, sala 105, Zona 07, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87020-900. angela.01.com@gmail.com

Recebido em 22/02/2017. Aceito para publicação em 15/04/2017

RESUMO

O estresse oxidativo que é intensificado pelo quadro de diabetes em animais e humanos pode estar atrelado às desorganizações metabólicas e funcionais significativas nas glândulas salivares. Antioxidantes como o resveratrol (RSV) que reduzem o estresse oxidativo podem ter um papel crucial no tratamento das complicações desta patologia. Sendo assim, a morfometria e a densidade acinar média da glândula salivar parótida de ratos foi analisada nos 4 grupos (n=6): C (normoglicêmico); CR (normoglicêmico tratado com RSV); D (diabético) e DR (diabético tratado com RSV). Os ratos dos grupos CR e DR foram tratados com resveratrol (via gavagem), na dose de 0,5 mg/Kg de peso corporal, diariamente até o final do experimento, que teve duração de 120 dias. Os ratos do grupo D foram os que apresentaram menor densidade acinar. Observou-se preservação da densidade dos ácinos ($p < 0.05$) nos animais do grupo DR em relação aos do grupo D. As áreas acinares médias do grupo D foram menores em relação ao grupo DR ($p < 0,05$). O tratamento com RSV exibiu efeito citoprotetor ao prevenir a atrofia e a perda de ácinos da glândula parótida de ratos diabéticos.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus, Resveratrol, Glândula Parótida.

ABSTRACT

Oxidative stress that is intensified by diabetes in animals and humans may be linked to significant metabolic and functional disorganizations in the salivary glands. Antioxidants such as resveratrol (RSV) that reduce oxidative stress may play a crucial role in treating the complications of this pathology. Thus, the morphometry and mean acinar density of the parotid salivary gland of rats were analyzed in the 4 groups (n = 6): C (normoglycemic); CR (normoglycemic treated with RSV); D (diabetic) and DR (diabetic treated with RSV). CR and DR rats were treated with resveratrol (via gavage) at a dose of 0.5 mg

/ kg body weight daily until the end of the experiment, which lasted for 120 days. The rats of group D were those with lower acinar density. It was observed a preservation of the acini density ($p < 0.05$) in the animals of the DR group compared to those of the group D. The mean acinar areas of group D were smaller than the DR group ($p < 0.05$). RSV treatment exhibited a cytoprotective effect by preventing atrophy and loss of parotid gland acini from diabetic rats.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus, Resveratrol, Parotid gland.

1. INTRODUÇÃO

A hiperglicemia é uma característica da síndrome diabética que está associada à alta incidência de gengivite, periodontite, perda dentária, lesões na língua e na mucosa, candidíase oral e xerostomia. O surgimento destas doenças se correlacionam com desajustes metabólicos e funcionais que injuriam o parênquima das glândulas salivares, incorrendo em acúmulo de lipídeos nas células acinares¹, infiltração linfocítica², modificação no conteúdo e na síntese de proteínas, mudanças no metabolismo de carboidratos³ e aumento da atividade autofágica e lisossomal⁴; gerando alterações morfológicas relevantes nestas glândulas⁵. Sob tais condições, notam-se modificações da composição da saliva⁶ e redução das taxas de fluxo salivar⁷.

As modificações estruturais e funcionais observadas em glândulas salivares de indivíduos ou animais diabéticos estão em parte, relacionadas com o aumento do estresse oxidativo e a redução nos níveis de antioxidantes do organismo. Radicais livres são produzidos pelas glândulas salivares em algumas patologias, como na síndrome de Sjogren⁸, na periodontite⁹, e no diabetes mellitus (DM)¹⁰.

Para prevenir e/ou atenuar os danos que os radicais livres podem causar no organismo, o mesmo dispõe de sistemas antioxidantes, categorizados como: enzimático e não enzimático. Neste último, as substâncias geralmente são provenientes de medicamentos ou da suplementação alimentar. Dentre elas, as mais estudadas, são as vitaminas C e E e carotenoides¹¹ e os compostos fenólicos flavonóides (catequina, quercetina e antocianina) e não-flavonóides, como é o caso do polifenol resveratrol¹².

O resveratrol (RSV) (3,5,4'-trihydroxy-trans-stilbene) é encontrado em altas concentrações na casca e sementes de uvas e no vinho tinto¹³. Suas propriedades farmacológicas benéficas sobre os sistemas biológicos são bem descritas na literatura, sendo relatadas atividades antimutagênica, cardioprotetora, antiplaquetária, anticancerígena, anti-inflamatória¹⁴ e antioxidante¹⁵.

Considerando o papel do estresse oxidativo na patogênese do diabetes, e o comprometimento das glândulas salivares em decorrência desta patologia, e sabendo da importância primordial destas glândulas para o processo digestivo e para a manutenção da saúde da cavidade oral; objetivou-se neste estudo avaliar os efeitos do resveratrol sobre os parâmetros morfométricos e quantitativos dos ácinos da glândula salivar parótida de ratos diabéticos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Animais

Foram utilizados 24 ratos Wistar adultos, machos, espécie *Rattus norvegicus*, provenientes do Biotério Central da Universidade Estadual de Maringá. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Experimentação Animal da Universidade Estadual de Maringá, conforme parecer nº. 088/2012. As técnicas utilizadas estão de acordo com princípios éticos adotados pelo Colégio Brasileiro de Experimentação Animal (COBEA).

Com idade inicial de 88 dias, os animais foram transferidos para o Biotério Setorial do Departamento de Ciências Morfológicas, onde permaneceram alojados em gaiolas individuais providas de bebedouro e comedouro, e mantidos em condições ambientais controladas de temperatura (22,0 °C ± 2,0 °C) e iluminação (ciclo de 12 horas claro/escuro).

Após o período de adaptação ao novo ambiente, os ratos com 90 dias de idade foram pesados e submetidos ao período experimental que teve duração de 120 dias. Os animais foram distribuídos aleatoriamente em quatro (4) grupos de seis (6) animais cada, segundo os tratamentos a que foram submetidos:

Grupo C – Animais normoglicêmicos (controle);

Grupo CR – Animais normoglicêmicos tratados com resveratrol;

Grupo D – Animais diabéticos;

Grupo DR – Animais diabéticos tratados com resveratrol;

A indução do diabetes foi realizada nos ratos dos grupos D e DR submetidos a jejum prévio de quatorze horas, antes de serem injetados com STZ por via endovenosa (veia peniana), na dose de 35 mg/kg de peso corporal (Sigma, ST. Louis, MO, USA), dissolvida em tampão citrato 10 mmol/L (pH 4,5). No quarto dia, antes de iniciar o tratamento, foi realizado o teste de glicemia por fita reativa para confirmação do estado diabético nos animais dos grupos D e DR, sendo considerados diabéticos todos os animais com glicemia acima de 250mg/dl. Além disso, houve um acompanhamento da glicemia destes animais durante o experimento, bem como da massa corporal, consumo de ração e de água. A partir do quarto dia do experimento, os animais dos grupos CR e DR, receberam diariamente resveratrol na dosagem de 0,5 mg/Kg de peso corporal, via gavagem, até o final do experimento.

Coleta e processamento do material

Após 120 dias de experimento, os ratos foram previamente pesados e anestesiados com uma dose de 40 mg kg⁻¹ de massa corporal de tiopental (Laboratórios Abbott, Chicago, IL, EUA) via intraperitoneal para realizar a coleta de sangue por punção cardíaca, com intuito de avaliar a glicemia de jejum, e para a extração das glândulas, o que resultou em eutanásia por choque hipovolêmico.

As parótidas extraídas foram lavadas em solução salina (NaCl 0,9%) e transferidas para solução fixadora contendo formol tamponado 10% por um período de 12 horas. Sequencialmente, as mesmas foram transferidas e armazenadas em álcool 70%, onde permanecem até a análise.

As glândulas foram submetidas à processamento histológico de rotina. Para cada animal foram selecionados cortes histológicos com 6µm de espessura por bloco e, em seguida corados pela técnica de Hematoxilina-Eosina (HE), com posterior montagem entre lâmina e lamínula com resina sintética *permount*® (Fisher Chemical, New Jersey, USA).

Análise morfométrica dos ácinos glandulares

As imagens dos ácinos foram capturadas por câmara de alta resolução acoplada ao microscópio Olympus BX20, e transmitidas para microcomputador e gravadas em compact disc. Por meio do programa computadorizado de análise de imagens Image-Pro-Plus, foi mensurada a área (µm²) de 100 ácinos por lâmina, perfazendo o total de 600 ácinos em cada grupo estudado, expressando-se os resultados em média das áreas do ácinos por grupo.

Análise quantitativa dos ácinos glandulares

As imagens dos ácinos foram capturadas por câmara de alta resolução acoplada ao microscópio Olympus BX40, e transmitidas para microcomputador e gravadas em compact disc. Por meio do programa computadorizado de análise de imagens Image-Pro-

Plus, foram quantificados todos os ácinos de 20 imagens capturadas por animal em aumento de 20X, com a finalidade de delinear a densidade de ácinos.

Análise estatística

Os resultados obtidos foram submetidos à análise de variância e teste de Tukey para comparação dos aspectos quantitativos e morfométricos dos ácinos glandulares entre os grupos. O nível de significância foi de 5%.

3. RESULTADOS

A síndrome diabética nos animais dos grupos D e DR, foi constatada pelo quadro clínico característico da doença ao longo de todo o experimento: poliúria, polidipsia e polifagia. Foram observados após 120 dias, aumento significativo da glicemia dos ratos do grupo D em relação aos ratos normoglicêmicos (C e CR). Por outro lado, o tratamento com resveratrol reduziu de modo significativo os níveis glicêmicos nos ratos do grupo DR em relação aos do grupo D (Tabela 1).

Com relação à massa corporal final, não foi verificada diferença significativa entre os ratos dos grupos normoglicêmicos (C e CR). O grupo D apresentou menor massa corporal final quando comparada aos demais grupos. Além disso, observou-se redução significativa da massa corporal final dos animais do grupo D em relação aos ratos do grupo DR (Tabela 1).

Tabela 1. Parâmetros fisiológicos: massa corporal inicial (MCi), massa corporal final (MCF). Grupo C: controle, grupo CR: controle tratado com RSV, grupo D: diabético, grupo DR: diabético tratado com RSV. ^ap < 0,001 versus C; ^bp < 0,01 versus D. Os resultados estão expressos como média ± erro padrão, n = 6 ratos por grupo.

	MC inicial (g)	MC final (g)	Glicose Final (mg/dl)
C	406 ± 13	510 ± 19	146 ± 5
CR	384 ± 15	486 ± 12	160 ± 6
D	350 ± 10	298 ± 13 ^a	498 ± 22 ^a
DR	369 ± 17	409 ± 15 ^b	412 ± 36 ^{a, b}

A análise quantitativa dos ácinos glandulares demonstrou diminuição da densidade acinar ($p < 0.05$) nos ratos do grupo D ($1250 \pm 7,5$) em relação aos do grupo C ($1315 \pm 18,5$). A análise estatística não mostrou diferença significativa entre os grupos C ($1315 \pm 18,5$) e CR ($1364 \pm 15,5$). No entanto, observou-se preservação da densidade dos ácinos ($p < 0.05$) nos animais do grupo DR ($1359 \pm 14,3$) em relação ao grupo D ($1250 \pm 7,5$) (Figuras 1 e 2).

A análise morfométrica dos ácinos glandulares demonstrou diminuição das áreas acinares médias ($p < 0,05$) nos ratos dos grupos D e DR em relação aos do grupo C.

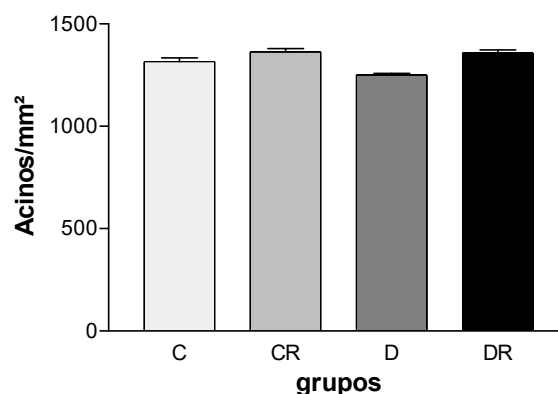


Figura 1. Densidade média dos ácinos glandulares da parótida dos ratos nos grupos: normoglicêmico (C), normoglicêmico tratado com RSV (CR), diabético (D) e diabético tratado com RSV (DR). N=6.

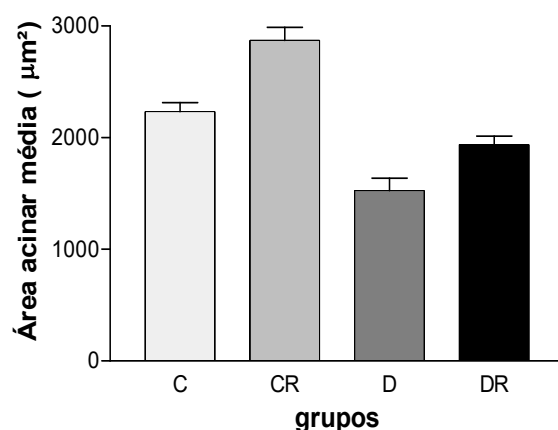


Figura 2. Área acinar média da glândula salivar parótida dos ratos nos grupos: normoglicêmico (C), normoglicêmico tratado com RSV (CR), diabético (D) e diabético tratado com RSV (DR). N=6.

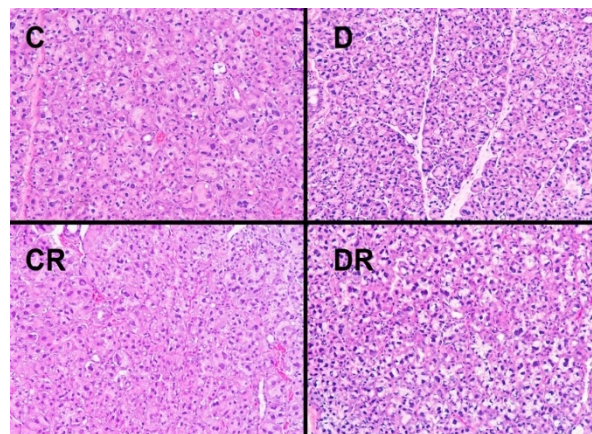


Figura 3. Fotomicrografias de cortes histológicos das glândulas parótidas (H.E) dos grupos normoglicêmico (C), normoglicêmico suplementado com RSV (CR), diabético (D) e diabético suplementado com RSV (DR). Microscópio óptico Olympus e objetiva de 20X.

4. DISCUSSÃO

Alterações metabólicas provocadas pela ausência/insuficiência de insulina e por mudanças no funcionamento celular, devido à hiperglicemia, são sintomas comuns no estado diabético¹⁶. Embora alguns estudos em ratos diabéticos suplementados com

antioxidantes não tenham constatado diferença na glicemia de jejum^{17,18,19}; a redução na glicemia de jejum em ratos tratados com RSV observada em nosso trabalho pode ser um indicativo de que o mesmo possa influenciar favoravelmente a homeostase da glicose; mostrando concordância com os dados de literatura que apontam para esse resultado^{20,21}.

Algumas constatações sobre os efeitos benéficos do RSV já foram realizadas em diferentes estudos, os quais sinalizam que este antioxidante pode atuar em diferentes frentes, tais como: ativando *in vivo* a expressão da sirtuina 1 que reduz a restrição energética e melhora o controle glicêmico²²; estimulando a captação da glicose ao elevar a expressão do GLUT4, o qual é um transportador de glicose dependente de insulina²³ e ativando a captação de glicose na ausência de insulina²⁴.

A perda mais intensa de massa corporal nos animais do grupo D estaria relacionada às alterações fisiopatológicas do diabetes. Nestes animais, houve mobilização de massa corporal para que substratos energéticos pudessem suprir as células carentes de glicose e as vias neoglicogênicas²⁵. Por outro lado, a prevenção da perda de massa corporal observada nos animais do grupo DR, poderia estar relacionada ao fato de que o resveratrol teria melhorado as condições de utilização da glicose como fonte de energia, o metabolismo de lipídeos e proteínas e, possivelmente, a síntese de proteínas estruturais e funcionais que encontrava-se prejudicada. Esta idéia é reforçada pelo estudo de Wilson *et al.*, (2015)²⁶ que constataram efeitos positivos do resveratrol sobre o crescimento corporal de peixes suplementados por 16 semanas. Esse aumento da massa corporal foi atrelado às suas propriedades antioxidantes que reduziram a degradação de proteínas não lisossômicas, melhorando a taxa de crescimento corporal.

A análise quantitativa dos ácinos glandulares demonstrou diminuição da densidade acinar ($p < 0.05$) nos ratos do grupo D em relação aos do grupo C. A diminuição na densidade acinar das glândulas salivares de animais com diabetes crônico é um achado frequente nesta patologia. A formação de produtos de glicosilação avançadas (AGEs), a peroxidação lipídica e o estresse oxidativo estão elencados como fatores que incidem nesta redução²⁷. Deste modo, as células acinares ao sofrerem intensa ação dos radicais livres, exibem debilitada capacidade em neutralizá-los e eliminá-los, podendo ocorrer danos em diversos componentes intracelulares, tais como DNA, lipídeos e proteínas, culminando em morte celular por necrose ou apoptose²⁸.

Em decorrência do estado diabético, os ácinos da glândula parótida sofrem processos degenerativos que podem se manifestar como atrofia acinar, a qual também foi verificada em nosso experimento, através da análise morfométrica. Vários fatores podem ser enunciados na tentativa de explicar a atrofia acinar encontrada nos animais do grupo D; dentre eles estão: depleção crônica de sódio nas células acinares, gerando desidratação dessas células²⁹; redução e/ou modificação no conteúdo e síntese de proteínas⁴; redução da resposta secretória da

parótida devido a anormalidades neuroaxonais típicas da neuropatia diabética³⁰ e falta de insulina, uma vez que a manutenção da estrutura e função normal da glândula pode, em parte, ser dependente deste hormônio; e a ação intensificada do estresse oxidativo.

As áreas acinares médias do grupo DR foram 21,3% maiores em relação ao grupo D ($p < 0,05$). Os efeitos benéficos do RSV têm sido demonstrados por seu relevante papel nas funções imunes, em vários processos oxidativos e inflamatórios³¹, e também na inibição da atividade da quinona redutase 2, o que por sua vez aumenta a expressão de antioxidantes, melhorando a resistência celular³² e atenuando os processos degenerativos do parênquima glandular. Aventa-se, portanto, que tais ações abrangentes dessa substância estejam implicadas na proteção acinar constatada no grupo DR.

Observou-se ainda que as áreas acinares do grupo CR foram 22,2% maiores ($p < 0,001$) que as do grupo C, o que é atribuído a uma possível prevenção da redução acinar comumente observada durante o processo natural de envelhecimento.

A maior densidade acinar no grupo DR, quando comparada ao grupo D, pode ser atribuída ao efeito protetor do resveratrol devido à sua capacidade de neutralização do estresse oxidativo, ao varrer espécies reativas de oxigênio (EROs), inibir a peroxidação lipídica e regenerar antioxidantes endógenos como glutathione reduzida (GSH), superóxido dismutase (SOD) e catalase (CAT)³³. Além disso, o RSV é um inibidor do fator NF- κ B, diminuindo a expressão de vários genes associados com a inflamação e estresse oxidativo³⁴. Desta forma, ao aumentar as defesas celulares, o RSV promove proteção contra a injúria oxidativa e consequentemente atenua a perda das células acinares.

5. CONCLUSÃO

Na condição de diabetes, o tratamento com RSV, preveniu a perda e protegeu os ácinos da glândula parótida de ratos diabéticos contra a atrofia. Essa preservação acinar deve-se provavelmente à relevante atuação do antioxidante RSV, ao reduzir as alterações histofisiológicas nas células acinares; sobretudo, àquelas relacionadas ao estresse oxidativo.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Maria Euride do Carmo Cancino, Maria Dos Anjos Fortunato e Maria Angela Moreira por seu excelente apoio e suporte técnico. Agradecemos também ao CNPq e Fundação Araucária.

6. REFERÊNCIAS

- [01] Mahay S, Adeghate E, Lindley MZ, Rolph, CE, Singh J. Streptozotocin-induced type I diabetes mellitus alters the morphology, secretory function and acyl lipid contents

- in the isolated rat parotid salivary gland. *Mol. Cell. Biochem.* 2004; 261(1-2):175-81.
- [02] Moreira CR, *et al.* Infiltração linfocítica no parênquima da glândula salivar parótida de ratos diabéticos suplementados com Acetil-L-Carnitina. *SaudPesq.* 2014; 7(1):83-90.
- [03] Hand AR, Weiss RE. Effects of Streptozotocin-Induced Diabetes on the Rat Parotid Gland. *Lab. Invest.* 1984; 51(4):429-38.
- [04] Mednieks MI, Szczepanski A, Clark B, Hand AR. Protein expression in salivary glands of rats with streptozotocin diabetes. *Int JExpPathol.* 2009; 90(4):412-22.
- [05] Lilliu MA, Solinas P, Cossu M, Puxeddu R, Loy F, Isola R, Quartu M, Melis T, Isola M. Diabetes causes morphological changes in human submandibular gland: a morphometric study. *J. Oral Pathol. Med.* 2014; 44(4):291-295.
- [06] Okamura K. Specific expression of salivary maxi-K channel variant is augmented in diabetic mice. *Arch Oral Biol.* 2010; 55(11):848-54.
- [07] Moore PA, Guggenheimer J, Etzel KR, Weyant RJ, Orchard T. Type 1 diabetes mellitus, xerostomia, and salivary flow rates. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2001; 92:281-291.
- [08] Ryo K, Yamada H, Nakagawa Y, Tai Y, Obara K, Inoue H, Mishima K, Saito I. Possible involvement of oxidative stress in salivary gland of patients with Sjogren's syndrome. *Pathobiology.* 2006; 73(5):252-60.
- [09] Ekuni D, Endo Y, Irie K, Azuma T, Tamaki N, Tomofuji T, Morita M. Imbalance of oxidative/anti-oxidative status induced by periodontitis is involved in apoptosis of rat submandibular glands. *Arch. Oral Biol.* 2010; 55:170-176.
- [10] Knaś M, *et al.* Oxidative damage to the salivary glands of rats with streptozotocin-induced diabetes-temporal study: oxidative stress and diabetic salivary glands. *J. Diabetes Res.* 2016:4583742.
- [11] Gate L, Paul J, Ba GN, Tew KD, Tapiero H. Oxidative stress induced in pathologies: the role of antioxidants. *Biomed Pharmacother.* 1999; 53(4):169-80.
- [12] Abe LT, *et al.* Compostos fenólicos e capacidade antioxidante de cultivares de uvas *Vitis labrusca* L. e *Vitis vinifera* L. *Ciênc. Tecnol. Aliment.* 2007; 27(2):394-400.
- [13] Kiselev KV. Perspectives for production and application of resveratrol. *Appl Microbiol Biotechnol.* 2011; 90(2):417-25.
- [14] Kumar A, *et al.* Effects of resveratrol on nerve functions, oxidative stress and DNA fragmentation in experimental diabetic neuropathy. *Life Sci.* 2007; 80(13):1236-44.
- [15] Frombaum M, Le Clanche S, Bonnefont-Rousselot D, Borderie D. Antioxidant effects of resveratrol and other stilbene derivatives on oxidative stress and *NO bioavailability: Potential benefits to cardiovascular diseases. *Biochimie.* 2012; 94(2):269-76.
- [16] Cotran RS, Kumar V, Robbins ST. Robbins: Patologia estrutural e funcional. 5ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
- [17] Pereira RVF, Miranda-Neto MH, Souza IDS, Zanon, JN. Vitamin E supplementation in rats with experimental diabetes mellitus: analysis of myosin-V and nNOS immunoreactive myenteric neurons from terminal ileum. *J Mol Hist.* 2008; 39:595-603.
- [18] Alves EPB, Alves AMP, Pereira RVF, Miranda-Neto MH, Zanon JN. Immunohistochemical study of vasoactive intestinal peptide (VIP) enteric neurons in diabetic rats supplemented with L-glutamine. *Nutritional Neuroscience.* 2010; 13(1):43-51.
- [19] Ferreira PEB, Lopes CRP, Alves AMP, Alves EPB, Linden DR, Zanon JN, Buttow NC. Diabetic neuropathy: An evaluation of the use of quercetin in the cecum of rats. *World J Gastroenterol.* 19(38), 2013.
- [20] Borriello A, Cucciolla V, Della Ragione F, Galletti P. Dietary polyphenols: focus on resveratrol, a promising agent in the prevention of cardiovascular diseases and control of glucose homeostasis. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2010; 20(8):618-25.
- [21] Bhatt JK, Thomas S, Nanjan MJ. Resveratrol supplementation improves glycemic control in type 2 diabetes mellitus. *Nutr Res.* 2012; 32(7):537-41.
- [22] Jiang WJ. Sirtuins: novel targets for metabolic disease in drug development. *Biochem Biophys Res Commun.* 2008; 373:341-4.
- [23] Chi TC, Chen WP, Chi TL, Kuo TF, Lee SS, Cheng JT, Su MJ. Phosphatidylinositol-3-kinase is involved in the antihyperglycemic effect induced by resveratrol in streptozotocin-induced diabetic rats. *Life Sci.* 2007; 80:1713-20.
- [24] Su HC, Hung LM, Chen JK. Resveratrol, a red wine antioxidant, possesses an insulin-like effect in streptozotocin-induced diabetic rats. *Am J Physiol Endocrinol Metab.* 2006; 290:E1339-46.
- [25] Genuth S. Hormônios das ilhotas pancreáticas. In: Berne RM., Levy MN (Eds.), *Fisiologia. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro* p. 774-797, 2000.
- [26] Wilson WN, Baumgarner BJ, Watanabe WO, Alam MS, Kinsey ST. Effects of resveratrol on growth and skeletal muscle physiology of juvenile southern flounder. *Comp Biochem Physiol A Mol Integr Physiol.* 2015; 183:27-35.
- [27] Vincent AM, *et al.* Oxidative stress in the pathogenesis of diabetic neuropathy. *Endocr Rev.* 2004; 25(4):612-28.
- [28] Obrosova IG, Van Huysen C, Fathallah L, Cao X, Greene DA, Stevens MJ. An aldose reductase inhibitor reverses early diabetes-induced changes in peripheral nerve function, metabolism, and antioxidative defense. *FASEB J.* 2002; 16:123-25.
- [29] High AS, Sutton J, Hopper AH. A morphometric study of submandibular salivary gland changes in streptozotocin-induced diabetic rats. *Biol Oral Arch.* 1985; 30(9):667-71.
- [30] Anderson LC, Garrett JR. Neural regulation of submandibular gland blood flow in the streptozotocin-diabetic rat: evidence for impaired endothelium-dependent vasodilatation. *Arch Oral Biol.* 2004; 49(3): 183-191.
- [31] De La Lastra CA, Villegas I. Resveratrol as an anti-inflammatory and anti-aging agent: mechanisms and clinical implications. *Mol Nutr Food Res.* 2005; 49(5): 405-30.
- [32] Buryanovskyy L, Fu Y, Boyd M, Ma Y, Hsieh, TC, Wu JM, Zhang Z. Crystal structure of quinone reductase 2 in complex with resveratrol. *Biochemistry.* 2004; 43(36): 11417-26.
- [33] Zheng Y, *et al.* Resveratrol protects human lens epithelial cells against H₂O₂-induced oxidative stress by increasing catalase, SOD-1, and HO-1 expression. *Mol Vis.* 2010; 16:1467-74.
- [34] Leiro J, *et al.* Effect of cis-resveratrol on genes involved in nuclear factor kappa B signaling. *Int Immunopharmacol.* 2005; 5(2):393-406.

MORTALIDADE MATERNA POR DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO – DHEG, MARINGÁ – PR, 2010- 2014

MATERNAL MORTALITY DUE TO HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY - HDP, MARINGÁ - PR, 2010- 2014

GISELE BRUNA CORREA DA SILVA^{1*}, ELIANA DIAS PEREIRA CISMER²

1. Discente de Enfermagem em Centro Universitário Ingá - Uningá; 2. Enfermeira graduada pela Universidade Estadual de Maringá - UEM, Especialista em Saúde Coletiva e Enfermagem Obstétrica. Mestre em Ciência da Saúde e Agravos à Saúde da Mulher. Docente em Centro Universitário Ingá – Uningá.

* Rua João Luis Barbosa, Jardim Santa Helena, Paçandu, Paraná, Brasil, CEP: 87140-000. giselebc@hotmail.com

Recebido em 24/11/2016. Aceito para publicação em 16/03/2017

RESUMO

Este estudo tem por objetivo geral levantar a prevalência de óbitos maternos por complicações de DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gestação) em Maringá. Trata-se de um estudo quantitativo, realizado através dos dados do programa DATASUS/ SIM/ SINASC. A população foi de mulheres falecidas em idade fértil, que residiam no município de Maringá durante a gravidez, parto ou puerpério até 42 dias após o parto, no período de 2010 - 2014. Como resultado percebeu-se que ocorreram 03 óbitos maternos durante a gestação ou até 42 dias após o parto no município de Maringá nos anos de 2010 a 2014, sendo que a razão de mortalidade materna por DHEG reduziu de 21,5/100 mil NV em 2010 com 01 caso, para zero nos anos subsequentes até 2014. Nota-se que houve uma importante redução na mortalidade materna em Maringá, o que se estima estar relacionado à implantação e efetiva atuação do Comitê de Morte Materna no município desde 2009. Destaca-se também a melhora na qualidade da assistência pré-natal por meio das ações do Programa Mãe Paranaense e Mãe Maringaense.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade materna, gestação, hipertensão.

ABSTRACT

This study has the objective to raise the prevalence of maternal deaths from complications of preeclampsia (pregnancy induced hypertension) in Maringa. This is a quantitative study conducted using data from DATASUS / SIM / SINASC program. The population of deceased women of childbearing age, residing in Maringá during pregnancy, childbirth or the postpartum period up to 42 days after delivery in the period 2010 - 2014. As a result realized is that there were 03 maternal deaths dur-

ing pregnancy or within 42 days after delivery in the city of Maringa in the years 2010-2014, and the maternal mortality ratio by HDP decreased from 21.5 / 100 000 NV in 2010 with 01 cases, to zero in subsequent years until 2014. Note that there was a significant reduction in maternal mortality in Maringa, which esteemed to be related to the implementation and effective operation of the maternal mortality Committee in the city since 2009. noteworthy is also the improvement in the quality of prenatal care through actions of the Mother Paranaense and Mother Maringaense.

KEYWORDS: Maternal mortality, gestation, hypertension.

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma pequena parcela de gestantes que por apresentar características específicas ou por sofrerem algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe¹.

Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais².

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou que o Brasil e mais dez países latino-americanos conquistaram avanços significativos na redução de mortes relacionadas à gravidez ou parto de 1990 a 2013. Enquanto o Canadá e os Estados Unidos apresentam valores inferiores a 9 óbitos maternos por 100.000 nascidos

vivos, países como a Bolívia, Peru e Haiti chegam a mais de 200 óbitos por 100.000 nascidos vivos. No Brasil em 2011, a RMM foi de 63,9/100.000 NV³.

Define-se como hipertensão arterial quando a pressão arterial sistólica atinge valor ≥ 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica atinge valor ≥ 90 mmHg, em duas medidas com intervalo de pelo menos quatro horas. Recomenda-se que a aferição da pressão arterial seja feita após algum tempo de repouso, com a paciente sentada, utilizando manguito de tamanho adequado ao braço e mantendo o braço na altura do coração. A Doença Hipertensiva Específica da Gestação - DHEG - é caracterizada por hipertensão acompanhada de proteinúria e / ou edema. Os valores dessa tríade são: Pressão arterial: aumento da pressão arterial diastólica a 90 mmHg ou mais, ou aumento da pressão arterial diastólica acima de 140 mmHg do valor conhecido previamente, confirmado após duas medidas com intervalo de no mínimo 4 horas, com a gestante sentada, em repouso. Proteinúria: presença de 300 mg ou mais de proteínas em urina de 24 horas ou Labstix 1(+) / 4(+) ou mais em amostra casual. Edema: quando existente, pode ser localizado ou generalizado^{4,5}.

Pré-eclampsia / eclampsia é definida como a presença, após a 20ª semana de gestação (ou antes, nos casos de doença trofoblástica gestacional), de hipertensão arterial acompanhada de proteinúria, em gestante sem história de hipertensão arterial. Na ausência de proteinúria também se considera pré-eclampsia, quando o aumento da pressão arterial é acompanhado de sintomas como cefaleia, borramento da visão e dor abdominal, ou por valores anormais de testes laboratoriais, especialmente contagem baixa de plaquetas e aumento de enzimas hepáticas. A eclampsia é definida pela manifestação de uma ou mais crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas e/ou coma, em gestante com hipertensão gestacional ou pré-eclampsia, na ausência de doenças neurológicas. Pode ocorrer durante a gestação, na evolução do trabalho de parto e no puerpério imediato. Os fatores etiológicos são classificados em intrínsecos e extrínsecos, sendo eles: Intrínsecos ou obstétricos: primiparidade, gestação com maior massa placentária, sobre distensão uterina e gravidez ectópica avançada. Extrínseco: raça (mais comum na raça negra), idade (abaixo dos 17 e acima dos 35 anos), nível socioeconômico, obesidade, tabagismo, diabetes, nefropatias, antecedentes familiares, hipertensão arterial^{4,6,7}.

O serviço deve propiciar assistência eficaz às gestantes, sendo indispensável que toda equipe conheça as características dessa clientela. Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério é prevenível, mas para isso é necessária a participação ativa do sistema de saúde. Assim, tendo em vista o alto índice de morbimortalidade materna e perinatal relacionado à Doença Hipertensiva Específica

da Gestação – DHEG este estudo tem por objetivo geral levantar a incidência de óbitos maternos por complicações de DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gestação) em Maringá².

2. MATERIAL E MÉTODOS

Caracteriza-se um estudo quantitativo descritivo, tipo documental, retrospectivo, foi realizado através dos dados disponibilizados pela equipe de informação sobre mortalidade da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, foram utilizados os dados do programa DATASUS – SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade), referentes a cada ano estudado, disponibilizados pela mesma Secretaria de Saúde e do programa DATASUS – SINASC (Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos). A população foi composta por mulheres que residiam no município de Maringá PR e que faleceram com idades entre 10 e 49 anos, durante a gravidez, parto ou puerpério até 42 dias após estes eventos, no período de 2010 a 2014. Foram avaliadas as seguintes variáveis quantitativas: faixa etária; escolaridade; tipo de parto; causa do óbito materno; número de consultas de pré-natal realizadas.

Durante o levantamento de dados, para melhor elucidação da investigação, que apresentou apenas um caso de DHEG no período estudado, foram levantadas ainda informações sobre a incidência de óbitos em mulheres em idade fértil e óbitos maternos por outras causas, da mesma fonte DATASUS-SIM. Os registros dos dados coletados e a análise foram realizados no programa Excel, versão 2013, sendo utilizada estatística descritiva simples.

3. RESULTADOS

De acordo com a Tabela 1, nota-se que no Brasil os óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) tiveram um aumento significativo do ano de 2010 com 49.590 casos para o ano de 2014 com 55.711 casos. Os óbitos maternos durante a gestação ou até 42 dias após o parto também ocorreu um aumento no número de casos, no ano de 2010 foram 1.260 óbitos, para 1.505 casos no ano de 2014. A RMM (razão de mortalidade materna) no Brasil no ano de 2010 foi de 44/100 mil NV (nascido vivo), aumentando no ano de 2014 para 51/100 mil NV, o valor de referência para a RMM é de 35/100 mil NV para o ano de 2015.

No Estado do Paraná evidencia que ocorreu uma redução pouco significativa no número de óbitos de mulheres em idade fértil, de 3.577 casos no ano de 2010, reduziu para 3.404 em 2014. Os óbitos maternos durante a gravidez ou até 42 dias após o parto tiveram uma redução, no ano de 2010 foram 90 casos e reduzindo para 66 casos no ano de 2014. Já a variável RMM (razão de

mortalidade materna) teve uma importante redução, no ano de 2010 a RMM foi de 59/100 mil NV, para o ano de 2014 com a RMM de 41,4/100 mil NV (Tabela 1).

No município de Maringá, os óbitos de mulheres em idade fértil no ano de 2010 foram 93 casos e aumentando para 103 casos no ano de 2014. Os óbitos maternos durante a gravidez ou até 42 dias após o parto no ano de 2010 foram 03 casos e manteve a mesma frequência no ano de 2014 com 3 casos. A RMM teve uma redução pequena no município, no ano de 2010 a RMM foi de 64,5/100 mil NV e reduzindo para a RMM de 60,9/100 mil NV (Tabela 1).

Quando analisamos a RMM específica (razão de mortalidade materna) pela causa obstétrica direta DHEG (doença hipertensiva específica da gestação) por regiões do Brasil observamos que ocorreu um aumento dessa variável nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste. Onde a RMM no Norte foi de 5,2/100 mil NV (2010) para 16,4/100 mil NV (2014). Já na região Nordeste a RMM foi de 8,2/100 mil NV (2010) para 12,9/100 mil NV (2014) e na região Centro Oeste a RMM foi de 8,6/100 mil NV (2010) para 8,9/100 mil NV (2014). Na região Sudeste a razão de mortalidade materna foi de 8,1/100 mil NV nos dois anos analisados anos em 2010 e 2014. E somente a região Sul que reduziu a razão da mortalidade materna de 8,9/100 mil NV em 2010 para 4,7/100 mil NV em 2014.

Tabela 1. Tipos de óbitos por local de ocorrência. Brasil, Paraná e Maringá. 2010 - 2014

	Brasil		Paraná		Maringá	
	2010	2014	2010	2014	2010	2014
Óbitos mulher idade fértil (10 a 49 anos)	49.59	55.71	3.57	3.404	93	103
Óbitos maternos durante a gravidez ou até 42 dias após parto	1.260	1.506	90	66	3	3
Razão de mortalidade materna (RMM)	44	51	59	41,4	64,5	60,9

Fonte: Fonte: DATASUS – SIM / SINASC.

No ano de 2010 no Brasil ocorreram 820 casos de óbitos maternos por causa obstétrica direta, destes óbitos 229 casos foram referentes à doença hipertensiva específica da gestação- DHEG, o que representa 27,9 % dos óbitos. Quando comparado com o ano de 2014 observamos que ocorreu um aumento nas variáveis, onde foram 1.060 casos de óbitos maternos por causa obstétrica direta, destes 299 óbitos foi por DHEG, o que representa 28,2% dos casos de óbitos. A razão de mortalidade materna específica – RMM por causa hipertensão aumentou de 8/100 mil NV em 2010 para 10/100 mil NV em 2014 (Tabela 2).

No Estado do Paraná no ano de 2010 foram registra-

dos 67 óbitos maternos obstétricos diretos, sendo destes óbitos 21 casos de DHEG, representando 31,3 % dos óbitos. Já no ano de 2014 o Estado apresentou uma redução significativa em suas variáveis, dos 36 casos óbitos obstétricos direto registrados, apenas 8 casos foram por causa DHEG, representando 22,2 % dos óbitos ocorridos. Quando analisamos a razão de mortalidade materna específica – RMM por causa hipertensão observamos uma grande redução dessa variável, de 14/100 mil NV em 2010 para 5/100 mil NV em 2014 (Tabela 2).

Na capital do Estado do Paraná, o município de Curitiba no ano de 2010 ocorrem 7 casos de óbitos obstétricos diretos, destes 2 casos eram referentes a DHEG, o que representa 28,8% dos casos. Já no ano de 2014 ocorreu a redução para 4 casos de óbitos obstétricos diretos, deste 1 caso era de DHEG, o que representa 25% dos óbitos. A variável RMM específica por hipertensão também reduziu, em 2010 foi de 7,8/100 mil NV para 4/100 mil NV em 2014 (Tabela 2).

De acordo com os dados da Tabela 2, observamos que no município de Maringá – PR, no ano de 2010 ocorreram 2 casos de óbitos obstétrico direto, sendo destes 1 caso de DHEG, o que representa 50% dos óbitos ocorrido no município. Já no ano de 2014 em Maringá ocorreu 1 caso de óbito obstétrico direto e manteve a variável zerada de óbitos por causa DHEG. Sua RMM específica por hipertensão era de 21,5/100 mil NV em 2010 e reduzindo para zero em 2014 (Tabela 2).

Tabela 2. Óbito materno por causa obstétrica direta e doença hipertensiva específica da gestação (DHEG). Brasil, Paraná, Curitiba e Maringá, 2010 a 2014.

Local	Ano	Nº óbito materna por causa obstétrica direta	Nº de óbitos maternos por DHEG	%	Razão de mortalidade materna por DHEG
Brasil	2010	820	229	27,9	8
	2014	1.060	299	28,2	10
	2010	67	21	31,3	14
	2014	36	8	22,2	5
Paraná	2010	7	2	28,8	7,8
	2014	4	1	25	4
	2010	2	1	50	21,5
	2014	1	0	0	0

Fonte: DATASUS – SIM / SINASC

A Tabela 3 evidencia que durante o período de 2010 a 2014 ocorreram um total de 9 óbitos maternos durante a gravidez ou até 42 dias após o parto no município de Maringá PR, sendo destes 5 óbitos maternos por causa obstétrica direta, sendo: hemorragia intraparto com deficiência de coagulação (1 caso), pre eclampsia grave (1

caso), outras complicações de procedimentos e ou cirurgia obstétrica (2 casos), hemorragia do 3º estágio (1 caso). E foram 4 óbitos maternos por causa obstétrica indireta, sendo: insuficiência da válvula mitral (1 caso), doença do aparelho digestivo complicando a gravidez, parto ou puerpério (2 casos) e doença do aparelho circulatório complicando a gravidez, parto ou puerpério (1 caso).

A faixa etária materna com maior ocorrência entre os óbitos maternos foi a de 30 – 34 anos de idade com 6 casos, o que representa 66,6 %. Em seguida a faixa etária de 20 – 29 anos de idade com 2 casos, representando 22,2 %. E a faixa etária de 15 – 19 anos com 1 caso, que representa 11,1% (Tabela3).

A variável escolaridade materna de maior prevalência entre os óbitos maternos ocorridos no município de Maringá, foi a de 11 anos de estudo com 6 casos (66,6%) em seguida a escolaridade de 12 anos e mais de estudo com 2 casos (22,2%) e a escolaridade de 7 anos de estudo com 1 caso (11,1%) (Tabela3).

A tabela 3 evidencia que em relação ao número de consultas de pré-natal a média foi de 6.5 consultas realizadas, onde ocorreram 02 casos com 5 consultas de pré-natal realizada. Com 6 consultas de pré-natal realizadas foram 3 casos e com 7 ou mais consultas de pré-natal foram 4 casos. O tipo de parto que mais ocorreu foi o do tipo cesariana com 6 casos, 1 caso de parto vaginal e 2 casos onde não ocorreu o parto (Tabela 3).

No município de Maringá ocorreu 01 óbito materno por Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) no ano de 2010, tratava-se de uma mulher de 32 anos de idade, raça branca, estado civil casada, escolaridade ensino médio completo, ocupação do lar. Era a sua primeira gestação, foi realizado o pré-natal em unidade pública com 06 consultas realizadas. O parto ocorreu em 11/12/2010, do tipo vaginal e ocorrendo a morte materna no puerpério (até 42 dias após o parto) em 28/12/2010. Sendo, portanto, um óbito obstétrico direto com 17 dias após o parto, causa CID 10 O14.1 pré eclampsia grave.

No Brasil ocorreu um aumento em todas as variáveis apresentadas no estudo no ano de 2014 e que a razão de mortalidade materna específica por DHEG era de 8/100 mil NV em 2010 e aumentou para 10/100 mil em 2014. No Estado do Paraná ocorreu a redução de todas as variáveis apresentadas no ano de 2014 e sua RMM por

DHEG foi de 14/100 mil NV em 2010 e reduziu para 5/100 mil NV em 2014. E no município de Maringá – PR, os óbitos em mulheres de idade fértil (10 a 49 anos) aumentou em 2014, mas os óbitos maternos se mantiveram estável em 3 casos nos dois anos apresentados. A RMM específica por DHEG em Maringá de 21,5/100 mil NV em 2010 reduziu para zero no ano de 2014.

Tabela 3. Caracterização dos óbitos maternos ocorridos na gravidez ou até 42 dias após o parto, Maringá PR, 2010 a 2014.

Nº casos	Tipo de óbito	Ano	Causa óbito	Idade materna	Escolaridade materna	Nº consultas pré-natal	Tipo parto
1	Óbito obstétrico direto	2010	Hemorragia intra-parto com deficiência de coagulação	30	7 anos estudo	8	Não ocorreu
1	Óbito obstétrico direto	2010	Pré-eclampsia grave	32	11 anos estudo	6	Vaginal
1	Óbito obstétrico indireto	2010	Insuficiência da válvula mitral	18	11 anos estudo	5	Não ocorreu
1	Óbito obstétrico direto	2012	Outras complicações de procedimentos e ou cirurgia obstétrica	33	13 anos estudo	6	Cesárea
1	Óbito obstétrico direto	2013	Hemorragia do 3º estágio	30	11 anos estudo	5	Cesárea
1	Óbito obstétrico indireto	2013	Doença do aparelho digestivo complicando a gravidez, parto ou puerpério.	30	12 anos estudo	7	Cesárea
1	Óbito obstétrico direto	2014	Outras complicações de procedimentos e ou cirurgia obstétrica	21	11 anos estudo	7	Cesárea
1	Óbito obstétrico indireto	2014	Doença do aparelho circulatório complicando a gravidez, parto ou puerpério.	22	11 anos estudo	6	Cesárea
1	Óbito obstétrico indireto	2014	Doença do aparelho digestivo complicando a gravidez, parto ou puerpério.	30	11 anos estudo	7	Cesárea

Fonte: DATASUS – SIM (sistema de informação sobre mortalidade)

4. DISCUSSÃO

A Morte Materna Obstétrica Direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. A Morte Materna Obstétrica Indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez⁸.

A mortalidade materna é um bom indicador da realidade socioeconômica de um país e da qualidade de vida de sua população. Ela também aponta a determinação política de uma nação em realizar ações de saúde coletivas e socializadas¹. As síndromes hipertensivas, incluindo a pré-eclampsia, são as complicações mais frequentes

na gestação e constituem as principais causas de morbidade e mortalidade materna, fetal e neonatal^{1,9}.

Devido aos altos índices de mortalidade materna apontados pelo Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde, criou-se então em 1989 a partir do Seminário Estadual sobre Mortalidade Materna no Estado do Paraná um Comitê Estadual e 22 Comitês Regionais com caráter interinstitucional, multiprofissional e confidencial, que visa identificar e estudar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para sua redução, definido através de Regimento próprio. Ao longo destas décadas foram criados também cerca de 217 comitês municipais e 30 Comitês Hospitalares de prevenção da mortalidade materna².

Os Comitês de Morte Materna são organismos interinstitucionais, de caráter eminentemente educativo, com atuação sigilosa, não coercitiva ou punitiva. Congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional, visam analisar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência. Constituem-se como importantes instrumentos de gestão que permitem avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher, para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção¹⁰.

No ano de 2004 foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que reconhece a vigilância do óbito materno, por intermédio da organização da investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil e da criação dos Comitês de Mortalidade Materna, como uma estratégia fundamental para o alcance dos seus objetivos. O Ministério da Saúde vem adotando uma série de medidas para melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher e o registro dos óbitos maternos. A Portaria GM/MS nº1.172, de 15 de junho de 2004, definiu a vigilância epidemiológica da mortalidade materna como uma atribuição de municípios e estados. Em 2008, a Portaria GM/MS nº 1.119 de 5 de junho, regulamentou esta prática estabelecendo prazos e fluxos da investigação^{11,12}.

Em 2012 a Secretaria de Estado do Paraná implantou a Rede Mãe Paranaense. Essa Rede de Atenção Materno infantil é um dos compromissos assumidos no Plano de Governo para a Saúde 2011 a 2014. A Rede Mãe Paranaense nasce da experiência exitosa do Mãe Curitibaana, que reduziu os indicadores de mortalidade materna e infantil com ações de atenção ao pré-natal e à criança e a vinculação da gestante ao hospital para uma adequada atenção ao parto¹³.

A Rede Mãe Paranaense é um conjunto de ações que envolvem a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo 7 consultas, a realização de (17) exames, a Estratificação de Risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a

garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional. Os objetivos centrais do Programa Mãe Maringaense, são a captação precoce das gestantes usuárias da rede pública de saúde, realizar a classificação de risco e vinculação das gestantes para o local do parto. Reduzir a mortalidade materna e infantil em todas as regiões do Paraná requer uma atuação contínua, sistêmica e conjunta dos gestores federal, estadual e municipal, dos profissionais da saúde, das universidades e de toda a sociedade, esse foi o propósito da linha guia Rede Mãe Paranaense¹³.

5. CONCLUSÃO

A mortalidade materna é considerada uma das mais graves violações dos direitos humanos por ser uma tragédia evitável na maioria dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento. Os Comitês de Morte Materna são importantes agentes na redução do óbito materno, sua implantação contribui para a melhoria do sistema de registro desses óbitos e consequentemente, para o aumento da quantidade e da qualidade das informações disponíveis sobre mortalidade materna. Com base nesses dados, os estados e municípios podem estabelecer políticas mais eficazes de assistência à mulher no planejamento familiar, durante a gravidez, nos casos de aborto, no parto e no puerpério.

O Programa Rede Mãe Paranaense tem como missão garantir o acesso e atenção, promovendo o cuidado seguro e de qualidade na gestação, parto e puerpério às crianças menores de um ano de idade. Sua meta proposta é de ser em até 2020, o estado com uma Rede de Atenção Materno infantil que apresenta padrões de qualidade, organizado em todas as regiões com equidade e com a mínima ocorrência de óbitos maternos e infantis. Foram baseados nos valores de compromisso, ética, vínculo e humanização. Com o objetivo centralizado de reduzir a mortalidade materna e infantil.

Portanto, ressalta-se a importância de um pré-natal de qualidade, por se tratar de uma assistência principalmente preventiva e que tem por objetivo de identificar, tratar ou controlar patologias, prevenir complicações na gestação ou parto, assegurar a boa saúde materna, promover o bom desenvolvimento fetal, reduzir os índices de morbidade e mortalidade materna e fetal.

REFERÊNCIAS

- [01] Brasil Ministério da Saúde. Manual técnico: Pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada. Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno 5. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.
- [02] Brasil. Ministério da Saúde; Conselho federal de medicina; centro brasileiro de classificação de doenças. A declaração de óbito: documento necessário e importante. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

- [03] Portal Brasil. Organização Mundial da Saúde. BRASIL REDUZ MORTALIDADE MATERNA EM 43% DE 1990 A 2013. Publicado em 09/05/2014. [Acesso em: 03. Jun. 2016]
<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/05/oms-brasil-reduz-mortalidade-materna-em-43-de-1990-a-2013>.
- [04] Brasil. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia FEBRASGO. Manual de Orientação Gestação de Alto Risco. 2011.
- [05] Martins CA, Resende LP, Ramos de V, Dayane CS. Gestação de alto risco e baixo peso ao nascer em Goiânia. Revista eletrônica de enfermagem, v. 5 n. 1, 2003. [Acesso 10. Jun. 2016]. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
- [06] Kahhale S, Zugaib M. (editors). Síndromes hipertensivas na gravidez. Rio de Janeiro: Atheneu; 1993.
- [07] Fustinoni S. Síndromes hipertensivas na gravidez. In: BARROS, Sonia Maria Oliveira. Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. Editora Manole, Barueri SP, 2006, p. 65-75.
- [08] Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- [09] Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. 114 p.
- [10] Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- [11] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. 2007. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html. Acesso em: 20 junho de 2016.
- [12] Brasil. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília. 2006.
- [13] Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Linha guia Rede Mãe Paranaense. 2014. [Acesso 02. Jun. 2016]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/MaeParanaense_2014_LinhaGuia_Ed03_148x210mm__1.pdf

DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO SENSORIAL DE SORVETE DE IOGURTE (FROZEN) FUNCIONAL COM BIOMASSA DE BANANA VERDE E FRUTAS VERMELHAS

DEVELOPMENT AND SENSORY EVALUATION OF YOGURT ICE CREAM (FROZEN) FUNCTIONAL WITH GREEN BANANA BIOMASS AND RED FRUITS

RITA DE CASSIA DE SOUZA **FERNANDES**¹, VICTÓRIA CREDIDIO **PITOMBO**², NOELI APARECIDA ROSA DE **MORAIS**³, AMANDA CARDOSO DE ALMEIDA **SALVADOR**⁴, LARISSA SANCHEZ **REZENDE**⁵, ANDREA CARVALHEIRO GUERRA **MATIAS**^{6*}, NELSON ROBERTO **FURQUIM**⁷, ISABELA ROSIER OLIMPIO **PEREIRA**⁸

1. Acadêmica do curso de graduação em Nutrição da Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2. Acadêmica do curso de graduação em Nutrição da Universidade Presbiteriana Mackenzie; 3. Acadêmica do curso de graduação em Nutrição da Universidade Presbiteriana Mackenzie; 4. Acadêmica do curso de graduação em Nutrição da Universidade Presbiteriana Mackenzie; 5. Acadêmica do curso de graduação em Nutrição da Universidade Presbiteriana Mackenzie; 6. Nutricionista, doutora pela Universidade de São Paulo, docente do curso de graduação em Nutrição do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Presbiteriana Mackenzie; 7. Engenheiro de alimentos, doutor em Nutrição Humana Aplicada (PRONUT/USP), docente do curso de graduação em Nutrição do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Presbiteriana Mackenzie; 8. Farmacêutica, doutora pela Universidade de São Paulo, docente do curso de graduação em Nutrição do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

* Rua da Consolação, 930, São Paulo, São Paulo, Brasil. CEP: 01302-907. andrea.matias@mackenzie.br

Recebido em 31/10/2016. Aceito para publicação em 16/01/2017

RESUMO

Este estudo teve como objetivo desenvolver e avaliar sensorialmente um sorvete de iogurte funcional com biomassa de banana verde e frutas vermelhas, sendo paralelamente avaliada a viabilidade de liofilização. O produto foi submetido a um teste de aceitabilidade para os atributos aparência, odor, textura, sabor e aceitação global. Foi observada boa aceitação com notas médias acima de 7 (gostei regularmente) e Índice de aceitabilidade acima de 80% para todos os atributos. Por possuir 3,1g de fibras alimentares, o sorvete de iogurte atende a premissa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária podendo receber a alegação de propriedade funcional e, devido à presença de amido resistente advindas da biomassa de banana possui propriedades prebióticas. Também é fonte de fósforo e vitamina C e contém teor muito baixo de sódio, atendendo a uma demanda da sociedade por produtos com propriedades de saudabilidade. A liofilização foi bem-sucedida uma vez que, ao ser reconstituído, o sorvete de iogurte apresentou as mesmas propriedades do produto integral, trazendo conveniência e praticidade.

PALAVRAS-CHAVE: Amido resistente, análise sensorial, biomassa de banana verde, frozen yogurt, liofilização.

ABSTRACT

This study aimed to develop and evaluate sensorially a functional frozen yogurt with biomass green banana and red fruits, being at the same time evaluated the feasibility of freeze-drying. As such, the product was subjected to a test of

acceptability for the attributes of appearance, odor, texture, flavor and overall acceptance. The product showed good acceptance with average scores above 7 (enjoyed regularly), and acceptability index above 80% for all attributes. By possessing 3.1g of dietary fiber, the frozen yogurt meets the premise of the National Health Surveillance Agency and may claim functional property, as well as due to the presence of resistant starch from banana biomass, it has probiotics properties. It is also a source of phosphorus and vitamin C and contains very low sodium content meeting a demand of society for products with healthful properties. Lyophilization was successful since, when reconstituted, frozen yogurt had the same properties as the integral product, bringing convenience and practicality.

KEYWORDS: Resistant starch, sensory evaluation, green banana biomass, frozen yogurt, freeze dry.

1. INTRODUÇÃO

Cada vez mais os consumidores estão conscientes da relação entre alimentação e saúde, assim como órgãos públicos quanto aos elevados custos de saúde pública com doenças associadas a excessos alimentares. A indústria de alimentos, que exerce o papel de trazer inovações em seus novos produtos, aos poucos, busca atender a essa exigência por alimentos mais saudáveis, que promovam benefícios e melhorem a qualidade de vida de quem os consome^{1,2}.

A tecnologia de alimentos se insere nesse contexto por aplicar a ciência e a engenharia na produção, processamento, embalagem, distribuição, preparação e uti-

lização dos alimentos³, ou seja, fornecer produtos de qualidade com estabilidade que atenda às necessidades dos clientes. Neste sentido, desenvolver um produto inédito ou inusitado que se utilize da tecnologia de alimentos e que traga conceitos de saudabilidade, torna-se uma alternativa para atender às necessidades sensoriais e emocionais dos consumidores ao mesmo tempo em que as nutricionais também são atendidas. Analisando-se especificamente as necessidades sensoriais e as emocionais, pesquisas apontam que os brasileiros tendem a consumir mais doces, sendo que o consumo de açúcar sob a forma de produtos industrializados vem aumentando substancialmente⁴.

Tratando-se de sobremesas, no Brasil, o sorvete aparece como preferência nacional. O sorvete chegou no país em 1834, quando dois comerciantes do Rio de Janeiro compraram gelo vindo dos Estados Unidos e fabricaram sorvetes com frutas tropicais⁵. De acordo com a Associação Brasileira de Indústrias de Sorvete, o consumo per capita esteve na faixa de 4,98 litros de sorvete/ano por habitante⁶. Dentre os diversos tipos, o sorvete de massa é fabricado a partir de uma emulsão estabilizada pasteurizada por meio de um processo de congelamento sob agitação contínua (batimento) e incorporação cremosa. As fórmulas tradicionais são compostas de produtos lácteos, água, gordura, açúcar, estabilizante, emulsificante, corante e aromatizante⁵. Analisando-se essa composição, observa-se uma alta concentração de sacarose e gorduras, os quais estão relacionados com a textura, consistência e sabor do produto⁷. Dessa forma, opções mais saudáveis foram criadas como substitutos do sorvete, visto que limitar o consumo de alimentos com elevada densidade energética contribui para a redução da ingestão total de energia⁸. Nesse cenário surge o sorvete de iogurte, mais conhecido como *frozen yogurt*, que possui baixo teor de gordura se comparado ao sorvete⁹.

O *frozen yogurt* pode ser obtido de duas formas: a partir da fermentação do leite por meio da ação do *Streptococcus thermophilus* e *Lactobacillus bulgaricus* ou a partir de iogurte com ou sem a adição de outras substâncias alimentícias, sendo posteriormente aerado e congelado. Desse modo, associa o valor nutricional do iogurte com o sabor refrescante do sorvete, além de apresentar *shelf-life* maior que sua matéria-prima⁹. Produzindo-se o *frozen yogurt* a partir do iogurte, obtêm-se as propriedades nutricionais do derivado do leite: o iogurte, principalmente o natural, que apresenta fácil digestão e é benéfico à flora intestinal. Já o desnatado, apresenta menor teor de gorduras, ressaltando os benefícios nutritivos. Além disso, sua acidez confere uma proteção natural ao inibir diferentes tipos de bactérias patogênicas. As principais vitaminas presentes no iogurte são do complexo B, como tiamina, riboflavina, niacina, vitamina B6, vitamina B12 e ácido fólico¹⁰.

A banana é uma das principais culturas em todo o mundo¹¹. Quando verde, após cozimento é obtida a biomassa de banana, produto com expressivo valor nutricional. A banana verde é rica em carboidratos indigeríveis, tais como celulose, hemiceluloses e amido resistente¹². Particularmente o amido resistente apresenta propriedades prebióticas, sendo fermentado por bactérias benéficas no cólon, criando condições que contribuem para uma boa absorção de minerais cátions divalentes, tais como cálcio, magnésio, ferro, zinco e cobre, bem como auxilia no controle da hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, diabetes e prevenção do câncer de cólon, além de diminuir a resposta glicêmica¹³. Dentro deste contexto, além de melhorar a saudabilidade dos produtos, do ponto de vista tecnológico, a massa de banana verde cozida (biomassa) apresenta capacidade espessante sendo também destituída de sabor.

O morango (*Fragaria vesca*) foi escolhido para a formulação do produto por conter pectina e outras fibras solúveis que ajudam a baixar o colesterol, além de bioflavonóides, como a antocianina (de coloração avermelhada) e o ácido elágico, substâncias que podem ajudar a evitar alguns tipos de câncer¹⁴.

Também foi utilizado o colágeno hidrolisado, que é uma proteína derivada do colágeno ativo. Apesar de muitos estudos divergirem opiniões quanto ao seu uso, pesquisas recentes divulgaram benefícios na prevenção da osteoartrite e da osteoporose¹⁵, visto que, com o passar dos anos, devido à perda de colágeno no organismo, a densidade dos ossos tende a diminuir¹⁶.

No Brasil é admitido realizar alegação de propriedade funcional de alimentos ou ingredientes com propriedades comprovadas. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com base na Portaria 398, de 30 de abril de 1999¹⁷, dispõe que alegação de propriedade funcional é aquela relativa ao papel metabólico ou fisiológico que o nutriente ou não nutriente tem no crescimento, desenvolvimento, manutenção e outras funções normais do organismo humano.

A indústria de alimentos tem o papel de propor tecnologias que além de proporcionar praticidade e conveniência ao consumidor, preserve ou melhore o valor nutritivo dos alimentos. Este é o caso da liofilização ou desidratação a frio. Trata-se de um processo sem adição de conservantes ou outros aditivos, e nutricionalmente adequado, pois preserva vitaminas e minerais^{18,19}.

Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivo desenvolver e avaliar sensorialmente um sorvete de iogurte funcional com biomassa de banana verde e frutas vermelhas. Paralelamente foi avaliada a viabilidade de liofilização do produto.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O desenvolvimento do produto e a análise sensorial foram realizados na cozinha experimental do Centro de

Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Elaboração do produto

Matérias primas

Os ingredientes da formulação foram adquiridos no comércio varejista local, com exceção do colágeno hidrolisado Verisol® doado pela empresa Mcassab®.

Obtenção da biomassa de banana verde

As bananas verdes foram higienizadas com água corrente e esponja específica, e ainda com a casca foram submetidas à cocção em panela de pressão de uso doméstico, com água suficiente para cobrir as frutas, por 8 minutos sob pressão. Em seguida, a polpa da banana, sem a casca, foi processada em liquidificador ainda quente para a obtenção de uma pasta homogênea.

Elaboração do produto

Para saborizar o sorvete, foram utilizadas frutas frescas: morango e *cranberry*. Os aditivos utilizados respeitaram a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 3, que permite a proporção de 0,05 a 1,0g por 100 ml ou mg para gelados comestíveis²⁰.

Os morangos e *cranberries* foram lavados e higienizados com hipoclorito de sódio, segundo orientações do fabricante do agente desinfetante.

Os ingredientes, exceto o emulsificante, foram homogeneizados em liquidificador e congelados a -18°C, por 24 horas. Após o período, o produto foi acrescido de emulsificante, homogeneizado e novamente acondicionado a -18°C por 24 horas.

No Quadro 1 é apresentada a formulação do produto:

Quadro 1. Formulação do sorvete de iogurte e biomassa de banana com frutas vermelhas

Ingrediente	%
Massa de banana verde cozida (biomassa)	32,6
Iogurte	31,5
Morango	21,5
Açúcar	9,3
Cranberry	3,0
Emulsificante	0,9
Colágeno	0,7
Liga neutra	0,7

Liofilização

O produto congelado foi submetido à liofilização em Liofilizador de bancada Interprise 1 (Terroni®) por 48 horas.

Reconstituição

A reconstituição do produto foi feita na proporção de 40% de pó para 60% de água gelada, devendo ser acondicionado em freezer na sequência.

Análise sensorial

Uma vez que o equipamento de liofilização utilizado tem capacidade piloto e limitada, a análise sensorial foi realizada com o produto integral (não desidratado).

Para verificar a aceitação do produto foi realizada análise sensorial com painel de 50 provadores adultos (maiores de 18 anos) não treinados, formado por alunos e funcionários da universidade. A pesquisa atendeu aos princípios éticos da resolução nº466²¹ e foi aprovado com número de CAAE – 48483015.7.0000.0084.

Foram considerados como critérios de exclusão, para participação da análise sensorial, alergia ou aversão a algum componente da fórmula, estar gripado, ou ter fumado na última hora anterior ao teste. A degustação das amostras foi realizada em áreas individuais, e as amostras servidas em recipientes brancos, limpos, inodoros e descartáveis. Cada provador recebeu 30 gramas de amostra acompanhada de um copo de água.

Foi aplicado teste afetivo de aceitabilidade com escala hedônica de 9 pontos, ancorada nos extremos “gostei extremamente” e “desgostei extremamente”. Foram avaliados os atributos aparência, odor, sabor, textura e aceitação global. Para cálculo do percentual de aceitação de cada atributo, utilizou-se a fórmula proposta por Dutcoski²²: % Aceitação = (Média de aceitação/9) * 100. Para que um produto seja considerado aceito em suas propriedades sensoriais é importante que alcance o índice mínimo de aceitabilidade de 70% da amostra, o que indica, inclusive, que este produto tem potencial mercadológico²³.

Na ficha de análise sensorial também foram colhidos dados de idade, escolaridade, e frequência de consumo de sorvete de iogurte.

Cálculos e informação nutricional

Os cálculos nutricionais foram realizados segundo dados da Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (TACO)²⁴ e da Tabela de composição química dos alimentos da Universidade Federal de São Paulo²⁵. Particularmente foram utilizados dados de Juarez-Garcia *et al.*²⁶ e de Valle e Camargos (2002)²⁷ para informações sobre a biomassa de banana verde, especialmente quanto às fibras presentes. Neste caso o conteúdo de amido resistente foi considerado como fibra alimentar. Para o cálculo da informação nutricional obrigatória considerou-se as premissas da RDC nº 360²⁸ e da RDC 359²⁹ e para a informação nutricional complementar, a RDC nº 54³⁰. Também foram consideradas as vitaminas e os minerais presentes em quantidade igual ou maior a 5% da Ingestão Diária Recomendada (IDR) por porção²⁸.

3. RESULTADOS

Participaram da análise sensorial cinquenta provadores, dos quais 70,0% eram do sexo feminino, com amplitude de idade de 18 a 46 anos, e média de 21,7 anos.

Quanto à escolaridade completa, 28,0% possuíam terceiro grau, 66,0% segundo grau e 6,0%, primeiro grau.

A tabela 1 apresenta a estatística descritiva dos atributos:

Tabela 1. Estatística descritiva dos valores hedônicos do teste de aceitabilidade de sorvete de iogurte de biomassa e frutas vermelhas. São Paulo, 2016.

Atributo	Média	Desvio padrão	Moda	Valor mínimo	Valor máximo
Aparência	7,2	1,44	8	4	9
Odor	7,4	1,36	8	4	9
Sabor	7,3	1,46	8	3	9
Textura	7,6	1,25	8	4	9
Aceitação global	7,6	1,10	8	5	9

Observa-se, na figura 2, que em relação à nota geral do produto, apenas um avaliador deu nota inferior a 6, assinalando a opção “Não gostei nem desgostei”. A soma das notas “gostei muito” e gostei extremamente” somam mais de 50% das avaliações.

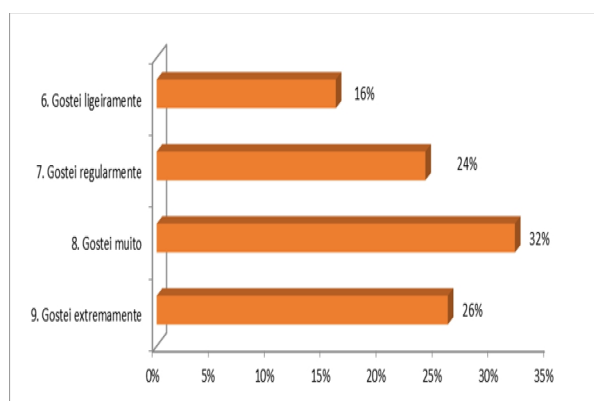


Figura 2. Distribuição dos valores hedônicos do atributo nota geral para o sorvete de iogurte de biomassa de banana verde e frutas vermelhas. São Paulo, 2016.

Na figura 3 é possível observar que o índice de aceitabilidade foi acima de 80% para todos os atributos.

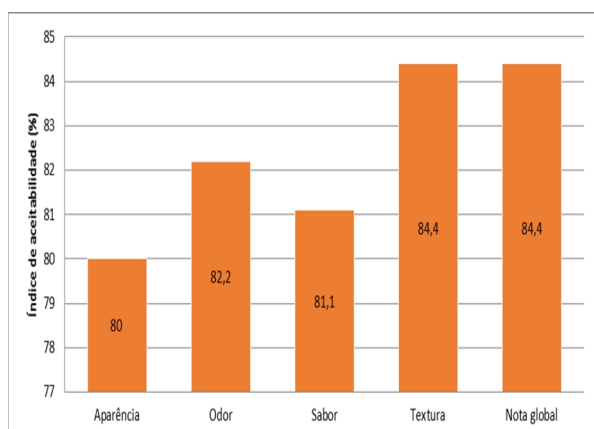


Figura 3. Índices de aceitabilidade segundo atributo para sorvete de iogurte de biomassa de banana verde com frutas vermelhas. São Paulo, 2016.

Na Tabela 2 são apresentados os valores nutricionais para uma porção de 60g de sorvete de iogurte

Tabela 2. Informação nutricional de *frozen yogurt* de frutas vermelhas com biomassa de banana verde, São Paulo, 2016.**

PORÇÃO DE 60g (1 bola)		
		VD*
	Quantidade por porção	
		3%
Valor Calórico	61 kcal	
Carboidratos	11 g	4%
Proteínas	2,0 g	3%
		0%
Gorduras Totais	0,3 g	
		0%
Gorduras Saturadas	0,04 g	
		VD não estabelecido
Gorduras Trans	0 g	
		13%
Fibra Alimentar	3,1 g	
Sódio	14 mg	1%
Cálcio	62 mg	6%
Ferro	0,80 mg	6%
Fósforo	110 mg	16%
Vitamina C	11 mg	20%

* Valores de referência; ** Segundo premissas da RDC nº 360²⁸ e da RDC 359²⁹.

A porção de 60 gramas de sorvete de iogurte com biomassa de banana verde apresentou 1,4g de colágeno hidrolisado.

Com relação ao cálculo de vitaminas e minerais, a porção apresentou 1% de sódio, 6% de cálcio e ferro, 16% de fósforo e 20% de vitamina C em relação a IDR - Ingestão Diária Recomendada.

O sorvete de iogurte foi submetido ao processo de liofilização com bons resultados. A incorporação de 60% de água gelada para 40% de produto em pó resultou em um sorvete cremoso aerado, tal como o produto integral antes da liofilização.

4. DISCUSSÃO

O produto foi bem aceito, evidenciado pelas médias das notas hedônicas e pelo índice de aceitação.

Destaque deve ser dado ao atributo textura, uma vez que observou índice de aceitabilidade de 84,4%. De acordo com Stanley *et al.* (1996)³¹, um dos objetivos em modificar as formulações do sorvete é produzir um produto com textura desejável através da melhoria da estrutura física do sorvete, sendo que a alta palatabilidade é um fator importante em sua escolha enquanto alimento³². Sua avaliação engloba diversas percepções gustativas,

como cremosidade, maciez e corpo, diretamente relacionadas com o pH e teor de gordura do produto, embora este contenha quantidades insignificantes³³. Ademais, a etapa de congelamento é uma das mais importantes para a determinação da textura final, cuja distribuição, tamanho e morfologia das bolhas de ar e cristais de gelo estão relacionados para que esta seja adequada³⁴.

Estudos sugerem que a 0,4 a 1,2g diárias de colágeno hidrolisado podem trazer benefícios voltados para a redução de dores articulares. Os autores destes trabalhos ressaltam que o efeito terapêutico é mais evidente em casos de gravidade elevada, sendo possível observar sua efetividade na melhoria da qualidade de vida^{35,36}. O sorvete de iogurte com biomassa de banana verde atende ao intervalo proposto para obtenção dos benefícios do consumo de colágeno, proposto neste estudo, no caso 1,4g em 60g de produto.

Comparativamente a outros sorvetes de iogurte disponíveis no mercado, apesar do semelhante valor energético, observa-se aumento de 72,2% no conteúdo de fibras alimentares, sendo também considerado um produto fonte^{37,30}.

A ANVISA publicou uma lista de alegações de propriedade funcionais aprovadas. Para fibras alimentares é aprovada a alegação “As fibras alimentares auxiliam o funcionamento do intestino. Seu consumo deve estar associado a uma alimentação equilibrada e hábitos de vida saudáveis”³⁸, desde que o produto apresente na porção pronta para consumo no mínimo 3g de fibras alimentares em 100g ou 2,5g na porção. Dessa forma o sorvete de iogurte e biomassa de banana verde atende a esta premissa e pode receber alegação de propriedade funcional.

Por ter sido utilizada a biomassa de banana verde, dentre as fibras alimentares presentes, destaca-se a presença de amido resistente, que possui propriedades prebióticas³⁹. Apesar de ser classificado quimicamente como fibra insolúvel, seu papel fisiológico é semelhante ao das fibras solúveis, pois por não sofrer a ação de enzimas, é fermentado no intestino grosso pelas bactérias que compõem a flora intestinal, produzindo ácidos graxos de cadeia curta (AGCC) que contribuem para a saúde do cólon, além de aumentar o bolo fecal, reduzir o índice glicêmico, promover a saciedade por um maior período de tempo^{39,40}.

Ainda no contexto do valor nutritivo, o sorvete de iogurte com biomassa de banana verde apresenta 20,0% da IDR de vitamina C e 16,0% de fósforo, sendo caracterizados como fontes e recebendo informação nutricional complementar³⁰. É válido ressaltar que a vitamina C traz benefícios à saúde por possuir papel antioxidante⁴¹. Também se destacam os teores de cálcio (6,0%) e ferro (6,0%). O produto desenvolvido possui valor muito baixo em sódio (14mg)^{28,30}.

A liofilização do *frozen* foi bem-sucedida uma vez

que, ao ser reconstituído, apresentou as mesmas propriedades do produto integral (não desidratado). Este procedimento viabiliza positivamente o produto, que agrega propriedades de praticidade e conveniência, ocupando menos espaço de armazenamento, bem como pode ser armazenado a temperatura ambiente. Ressalta-se que o processo de liofilização, além das propriedades sensoriais, também preserva o valor nutritivo.

5. CONCLUSÃO

Os objetivos do estudo foram alcançados, uma vez que o sorvete de iogurte com biomassa de banana verde e frutas vermelhas pode receber a alegação de propriedade funcional, observando-se expressivo aumento do valor nutritivo, bem como foi verificada a possibilidade de liofilização, que trouxe conveniência e praticidade ao produto, sendo este sensorialmente aceito. Conclui-se que o produto tem viabilidade mercadológica, representando uma opção de produto que atende uma demanda da sociedade que procura produtos com propriedades de saudabilidade.

REFERÊNCIAS

- [01] Sales RL, Volp ACP, Barbosa KBF, Dantas MIS, Duarte HS, Minim VPR. Mapa de preferência de sorvetes ricos em fibras. *Ciênc. Tecnol. Aliment.* 2008; 28(supl): 27-31.
- [02] Siró I, Kapólna E, Kapólna B, Lugasi A. Functional food. Product development, marketing and consumer acceptance — A review. *Appetite.* 2008; 51, 456-467.
- [03] Freitas, RJS, Silva RSS, Stertz SC, Ida EI, Cançado RA. Análise - Indicadores de pesquisa do XX Congresso Brasileiro de Ciência e Tecnologia de Alimentos. *Ciênc. Tecnol. Aliment.* 2007; 27(supl), 7-13.
- [04] Souza MJP, Oliveira PR, Burnquist HL. Lar “Doce” Lar: análise do consumo de açúcar e de relacionados no Brasil. *RESR, Piracicaba, out./dez., 2013; 51(4), 785-796.*
- [05] Souza JCB, Costa MR, De Rensis CMVB, Sivieri K. Sorvete: composição, processamento e viabilidade da adição de probiótico. *Alim. Nutr.* 2010; 21(1), 155-165.
- [06] Associação Brasileira de Indústrias de Sorvetes. Sorvete. 2008. [acesso em 14 mai. 2016]. Disponível em: http://www.abis.com.br/noticias_2009_10.html
- [07] Santos GG. Sorvete: processamento, tecnologia e substitutos de sacarose. *Ens. cienc.* 2009; 13(2), 95-109.
- [08] World Health Organization. Food and Agriculture Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization, 2003. 149p.
- [09] Alves LL, Richards NSPS, Becker LV, Andrade DFA, Milani LIG, Rezer APS. Aceitação sensorial e caracterização de frozen yogurt de leite de cabra com adição de cultura probiótica e prebiótico. *Cienc. Rural, Santa Maria, 2009; 39(9), 2595-2600.*
- [10] Ciribeli JP, Castro LS. Descrição da cadeia produtiva do iogurte: um estudo de caso realizado no Laticínio do Centro Federal de Educação Tecnológica de Rio Pomba. *Revista Gestão Empresarial, Rio Pomba, 2011; 1(1), 75-87.*
- [11] FAO Statistics Division (FAOSTAT). 2010. [acesso em 20 jun. 2016]. Disponível em: <http://faostat3.fao.org/>
- [12] Da Mota RV, Lajolo FM, Ciacco C, Cordenunsi BR. Com-

- position and functional properties of banana flour from different varieties. *Starch/Stärke*, 2000; 52, 63–68.
- [13] Leon TM. Elaboração e aceitabilidade de receitas com biomassa de banana verde. Trabalho de conclusão de curso. Criciúma: Universidade do extremo Sul Catarinense; 2010.
- [14] Quinato EE, Degáspari CH, Vilela RM. Aspectos nutricionais e funcionais do morango. *Visão Acad.*, jan./jun., 2007;8(1), 11-17.
- [15] Moskowitz RW. Role of collagen hydrolysate in bone and joint disease. *Semin Arthritis Rheum*. 2000; 30(2), 87-99 [acesso em 04 mai. 2016]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049017200568255>.
- [16] Gonçalves GR, Oliveira MAS, Moreira RF, Brito D. Benefícios para a ingestão de colágeno no organismo humano. *Rev. Ecles. Bras.* 2015; 8(2), 190-207.
- [17] Diário Oficial da União (BR). Portaria nº 398, de 30 de abril de 1999. Aprova o regulamento técnico que estabelece as diretrizes básicas para análise e comprovação de propriedades funcionais e ou de saúde alegadas em rotulagem de alimentos. [acesso em 21 jun. 2016]. Disponível em: <http://www.ivegetal.com.br/cvegetal/Legisla%C3%A7%C3%A3o%20Correlata/Portaria%20n%C2%BA%20398%20de%2030%20de%20abril%20de%201999.pdf>
- [18] Vieira AP, Nicoletti JF, Telis VRN. Liofilização de fatias de abacaxi: avaliação da cinética de secagem e da qualidade do produto. *Braz. J. Food Technol.* 2012;15(1), 50-58.
- [19] Martins EC, Leonardi RR, Oliveira CR, Malagutti F, Matsumoto T. Liofilização como alternativa para conservação do leite humano. *J Health SciInst.* 2011; 29(2),119-22.
- [20] Diário Oficial da União (BR). Resolução nº 3, de 15 de janeiro de 2007. Regulamento Técnico sobre Aditivos Aromatizantes. [acesso em 21 jun. 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2007/res0003_15_01_2007.html
- [21] Diário Oficial da União (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [acesso em 21 jun. 2016]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- [22] Dutcosky SD. Análise sensorial de alimentos. Curitiba: Champagnat, 1996.
- [23] Teixeira, E, Meinert EM, Barbetta PA. Análise sensorial dos alimentos. Florianópolis: UFSC; 1987. 182p.
- [24] Universidade Estadual de Campinas. Tabela Brasileira de Composição de Alimentos – TACO. 4. ed. Campinas. São Paulo, 2011.
- [25] Universidade Federal de São Paulo. Tabela de Composição Química dos Alimentos. [acesso em 28 abr. 2016]. Disponível em: <http://www.dis.epm.br/servicos/nutri/public/>
- [26] Juarez-Garcia E, Agama-Acevedo E, Sayago-Ayerdi SG, Rodríguez-Ambroz SL, Bello-Perez LA. Composition, Digestibility and Application in Breading of Banana Flour. *Plant foods hum. nutr.* 2006; 61, 131–137.
- [27] Valle HF, Camargos M. Yes, nós temos bananas. Histórias e receitas com biomassa de banana verde. São Paulo; Editora Senac São Paulo, 2002.
- [28] Diário Oficial da União (BR). Resolução nº 360, de 23 de dezembro de 2003. Aprova Regulamento Técnico sobre Rotulagem Nutricional de Alimentos Embalados, tornando obrigatória a rotulagem nutricional. [acesso em 21 jun. 2016]. Disponível em: <http://crn3.org.br/Areas/Admin/Content/upload/file-071120157333.pdf>
- [29] Diário Oficial da União (BR). Resolução nº 359, de 23 de dezembro de 2003. Aprova Regulamento Técnico de Porções de Alimentos Embalados para Fins de Rotulagem Nutricional.
- [30] Diário Oficial da União (BR). Resolução nº 54, de 12 de novembro de 2012. Dispõe sobre o Regulamento Técnico sobre Informação Nutricional Complementar. [acesso em 21 jun. 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0054_12_11_2012.html
- [31] Stanley DW, Smith AK, Goff HD. Texture-structure relationships in foamed dairy emulsions. *Food Res. Int.* 1996; 29(1) 1-13.
- [32] Souza JSB, Costa MR, De Rensis CMVB, Sivieri K. Sorvete: composição, processamento e viabilidade da adição de probiótico. *Alim. Nutr.*, 2010; 21(1), 155-165.
- [33] Inoue K, Shiota K, Ito T. Preparation and properties of ice cream type frozen yogurt. *International Journal of Dairy Technology.* 1998; 51(2), 44-50. [acesso em 06 jul. 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0307.1998.tb02506.x/epdf>
- [34] Caillet A, Cogné C, Adrieu J, Laurent P, Rivoire A. Characterization of ice cream structure by direct optical microscopy. Influence of freezing parameters. *Food Science and Technology.* 2003; 36, 743 749.
- [35] Bagchi D, Misner B, Bagchi M, Kothari SC, Downs BW, Fafard RD, *et al.* Effects of orally administered undenatured type II collagen against arthritic inflammatory diseases: a mechanistic exploration. *Int J Clin Pharmacol Res.*, 2002; 22, 101–110.
- [36] Bruyère O, Zegels B, Leonori L, Rabenda V, Janssen A, Bourges C, *et al.* Effect of collagen hydrolysate in articular pain: A 6-month randomized, double-blind, placebo controlled study. *Complement Ther Med*, 2012; 20, 124-130.
- [37] Associação ProTeste. Pesquisas mostram que frozen yogurts não podem ser considerados sorvetes de iogurte. [acesso em 01 jul. 2016]. Disponível em: <http://www.proteste.org.br/alimentacao/refrigerante-e-bebida/noticia/frozen-yogurt-de-verdade-so-um>
- [38] Agência Nacional de Vigilância Sanitária. IX - Lista de alegações de propriedade funcional aprovadas. [acesso em 21 jun. 2016]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/alimentos/comissoes/tecno_lista_alega.htm
- [39] Pereira KD. Amido resistente, a última geração no controle de energia e digestão saudável. *Ciênc. Tecnol. Aliment.* 2007; 27(supl): 88-92.
- [40] Silva AA, Junior JLB, Barbosa, MIMJ. Farinha de banana verde como ingrediente funcional em produtos alimentícios. *Ciênc. Rural*, 2015; 45(12), 2252-2258.
- [41] Gonçalves AE. Avaliação da capacidade antioxidante de frutas e polpas de frutas nativas e determinação dos teores de flavonoides e vitamina C. São Paulo. Tese [Doutorado em Ciências dos Alimentos] – Universidade de São Paulo; 2008.

RISCO DE QUEDA EM IDOSOS: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

FALL RISK IN ELDERLY: ASSESSMENT INSTRUMENT

VIVIAN LARA SILVA NEVES^{1*}, RAYLA BRUNA NOGUEIRA CAMPOS², FRANCISCA ALINE AMARAL DA SILVA³, IVONIZETE PIRES RIBEIRO⁴

1. Enfermeira, Graduada em enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí/ UESPI e Pós-Graduada em Enfermagem do trabalho. Teresina (PI), Brasil; 2. Enfermeira, Pós-Graduada em Enfermagem Obstétrica, Teresina (PI), Brasil; 3. Enfermeira, Professora Mestranda do Curso de Enfermagem na Universidade Estadual do Piauí/ UESPI, Teresina (PI), Brasil; 4. Enfermeira, Professora Doutora do Curso de Enfermagem na Universidade Estadual do Piauí/ UESPI, Teresina (PI), Brasil.

* Conjunto Saci, Quadra 14 Casa 07, Teresina, Piauí, Brasil. CEP: 64020-310. vivianlarasilva@hotmail.com

Recebido em 16/02/2017. Aceito para publicação em 15/04/2017

RESUMO

Com o aumento do número de acidentes por queda em idosos e a criação das Metas Internacionais de Segurança o objetivo do estudo foi em avaliar a aplicação do instrumento utilizado para identificar risco de queda em idosos de um Hospital público de referência. Foi um estudo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 59 idosos. A coleta dos dados foi realizada em outubro de 2015 e a análise estatística foi realizada através do programa SPSS 22.0 Na análise dos dados, as informações foram organizadas em tabelas e gráficos. A coleta foi iniciada após a emissão do parecer do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Piauí (CAAE: 47110315.0.0000.5209) e do parecer da instituição coparticipante (CAAE: 47110315.0.3001.5613). Dos 59 prontuários vistos, apenas 59,32% estavam legíveis. Dos 29 instrumentos classificados quanto ao grau de risco de queda, predominou 62,07% com alto risco. A partir deste estudo, conclui-se a falta de habilidade do profissional enfermeiro diante da aplicação do instrumento de avaliação do risco de queda.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, acidentes por quedas, enfermagem.

ABSTRACT

With the increase in the number of accidents due to falling in the elderly and the creation of the International Safety Goals the objective of the study was to evaluate the application of the instrument used to identify risk of falls in the elderly of a public hospital of reference. It was an exploratory, descriptive study with a quantitative approach. The sample consisted of 59 elderly people. Data collection was performed in October 2015 and the statistical analysis was performed through the SPSS 22.0 program. In the analysis of the data, the information was organized into tables and graphs. The collection was initiated after the opinion of the Ethics Committee of the State University of Piauí (CAAE: 47110315.0.0000.5209) and the opinion

of the participating institution (CAAE: 47110315.0.3001.5613). Of the 59 records seen, only 59.32% were legible. Of the 29 instruments classified according to the degree of fall risk, 62.07% were predominant with high risk. From this study, the nursing professional's lack of ability to apply the risk assessment instrument is concluded.

KEYWORDS: Elderly, accidents by falls, nursing.

1. INTRODUÇÃO

Metas Internacionais de Segurança

Para avaliar a excelência nos serviços de saúde, alguns programas foram criados para certificar a qualidade desses serviços, como por exemplo: a Joint Commission International (JCI) e a Organização Nacional de Acreditação (ONA). A acreditação de um hospital envolve todo um processo de atividades educativas com os profissionais da saúde e a implantação de certificações de qualidade de assistência e segurança nos serviços prestados¹.

A JCI por meio das Metas Internacionais de Segurança do Paciente avalia a manutenção da acreditação nos hospitais. Essas metas são analisadas e classificadas de acordo com o padrão: conforme, parcialmente conforme e não conforme. As metas são seis e possuem elementos específicos para serem analisados. A primeira meta é identificar os pacientes corretamente, a segunda é melhorar a comunicação efetiva, a terceira é melhorar a segurança de medicamentos de alta-vigilância, a quarta é assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto e a quinta meta é reduzir o risco de infecção associada aos cuidados de saúde².

Por fim, a sexta Meta Internacional de Segurança é reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrente de quedas. Alguns requisitos são observados para se chegar a essa meta, como: utilizar de algum instrumento ou mé-

todo para se reduzir os riscos de lesões aos pacientes; realizar avaliações e reavaliações de risco de queda com os pacientes e aplicar métodos diferenciados aos pacientes que possuem esse risco. É de suma importância também estabelecer medidas preventivas para quedas, como: grades nas macas e cadeira de rodas aos pacientes hospitalizados durante consultas e exames³.

Quedas em pacientes idosos

Dentre todos os acidentes traumáticos que podem alterar a capacidade funcional de um paciente ou até mesmo ocasionar o óbito em um idoso, o mais frequente é a queda. Os acidentes por quedas são considerados um tipo de acidente traumático de causa multifatorial, um evento acidental, involuntário e inesperado e de grande complexidade, podendo acontecer repetidas vezes em um mesmo indivíduo. Contudo, pode gerar inúmeras consequências para a vítima, para o cuidador e para a sociedade⁴.

Segundo Ganança e seus colaboradores (2006)⁵, a queda é definida como um evento sem intenção, resultado de uma alteração de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à sua posição inicial. Já Guimarães e Cunha (2004)⁶ relatam que a queda é ocasionada pela perda total do equilíbrio postural e pode ser relacionada à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares responsáveis pela manutenção da postura.

O envelhecimento causa inúmeras alterações anatômicas e funcionais e essas modificações estão muitas vezes relacionadas às quedas. As principais dessas alterações são na composição e estrutura corporal do idoso, como a diminuição da altura, a localização da gordura corporal, a perda de massa muscular e massa óssea e a redução nas atividades psicomotoras. As modificações juntas podem ocasionar a instabilidade postural ou a incapacidade de manutenção do equilíbrio, resultando em um acidente por queda⁷.

As causas multifatoriais são classificadas em intrínsecas e extrínsecas. Os fatores intrínsecos se relacionam às mudanças ocorridas nos idosos, como dificuldade de marcha, alterações no sistema musculoesquelético e nervoso, alterações cognitivas e uso de medicamentos. Os fatores extrínsecos são geralmente relacionados às mudanças no ambiente, como presença de piso molhado, tapetes, má iluminação, além do uso de calçados inadequados⁸.

Araújo e colaboradores (2014)⁹, em seus estudos observaram que as quedas possuem um importante impacto na vida dos idosos, desde elevados custos econômicos e sociais, dependência e internações hospitalares. Segundo Abrantes e seus colaboradores (2013)¹⁰, as principais consequências da queda destacadas nos idosos são: o medo de voltar a cair, a dependência de auxílio para a realização de atividades, o abandono de certas atividades

e as modificações de alguns hábitos.

Em um estudo realizado por Chianca e colaboradores (2013)¹¹, com uma amostra de 108 idosos, encontrou uma proporção de 59,3% de idosos que sofreram alguma queda em até um ano antes. Dessa amostra 64,1% referiram ter sofrido mais de um acidente por queda no último ano. Ferreira e Yoshitome (2010)¹² analisaram 121 prontuários de pacientes idosos, durante um ano, em uma Instituição de longa permanência em São Paulo que teve como prevalência 37,2% de queda.

A prevenção para acidentes por quedas inclui três níveis de abordagem: primário, secundário e terciário. No primário, a prática de exercícios físicos pode prevenir a ocorrência de incapacidades, deficiências ou doenças que levam ao risco para quedas. No secundário, o objetivo é a diminuição da deficiência causada pela doença. E, por fim, no nível terciário, objetiva-se a recuperação para uma maior autonomia e independência para realização de atividades diárias¹³.

Lima e Tocantins (2009)¹⁴ ressaltam que a ação da equipe de enfermagem com o idoso implica em um diálogo contínuo. No qual devem ser avaliadas as reais necessidades da pessoa idosa. Para a partir dos dados obtidos se compreender melhor a situação e direcionar o planejamento de cuidado.

A enfermagem tem o papel fundamental de propor ações que visem melhorar a qualidade de vida e a prevenção de quedas em idosos, com medidas de promoção da saúde. As medidas envolvem orientações sobre mudanças de hábitos nos idosos, como: reeducação alimentar (evita perda de massa óssea); reorganização da moradia (ambiente seguro); prática de exercício físico (fortalecimento do sistema musculoesquelético) e, por fim, orientações sobre o autocuidado¹⁵.

Tendo em vista o crescimento de acidentes por quedas em idoso, a importância do papel da enfermagem diante a assistência à saúde do idoso e a criação das Metas Internacionais de Segurança, o estudo gerou a seguinte hipótese: Qual a análise do instrumento de segurança para avaliação do risco de queda ao paciente, focando no idoso, em um Hospital de Referência de Teresina-PI?

Objetivo geral

- Avaliar a aplicação do instrumento utilizado para identificar o risco de queda em pacientes idosos em um Hospital público de referência.

Objetivos específicos

- Traçar o perfil dos idosos hospitalizados com risco de queda quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos;
- Identificar o preenchimento e a frequência da utilização do instrumento de avaliação do risco de queda no paciente idoso;

- Verificar entre os prontuários consultados preenchidos corretamente qual grau de risco de queda classificado.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo e de abordagem quantitativa. Foi desenvolvido em um hospital de grande porte localizado na cidade de Teresina – PI, com idosos de ambos os sexos, no qual foram consultados os seus prontuários conforme o instrumento de coleta aplicado. Participaram do estudo apenas os idosos internados nas Clínicas Médica e Cardiovascular, por serem as clínicas que mais internam idosos, segundo informações da equipe do serviço de qualidade da instituição. De acordo com as informações dos setores, em média, cada clínica interna de 35-40 pacientes por mês.

Durante a pesquisa o estimado era uma amostra de 150 pacientes, mas só foram possíveis 59 pacientes, visto que houve atraso na liberação do parecer consubstanciado do CEP do Hospital, pois só foi aprovado em outubro. Os pacientes impossibilitados de assinarem o termo, os seus responsáveis assinaram por eles. A amostra foi censitária e intencional, delimitada de acordo com a quantidade de pacientes idosos que estavam internados no período da coleta de dados. Como critérios de inclusão, participaram do estudo: os pacientes a partir de 60 anos; internados nas Clínicas Médica e Cardiovascular. Como critérios de exclusão: os pacientes que se recusaram a assinar o TCLE ou impossibilitados de assinar e sem a presença de um familiar.

A coleta dos dados foi realizada no mês de outubro de 2015. No prontuário foi verificado o instrumento utilizado no Hospital pelo enfermeiro que avalia o risco de queda dos pacientes idosos através de um instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A). O instrumento de coleta de dados era composto de duas etapas, a primeira continha informações sobre a caracterização sociodemográfica e clínica do idoso. A segunda etapa continha informações sobre a caracterização do instrumento de avaliação do risco de queda do hospital, como: o preenchimento, as avaliações a cada 72 horas, assinatura do instrumento e a classificação do grau do risco de queda. A coleta foi iniciada após a emissão do parecer do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Piauí e do parecer da instituição coparticipante.

A análise estatística foi realizada através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 22.0 for Windows). A coleta foi iniciada após a emissão do parecer do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Piauí (CAAE: 47110315.0.0000.5209) e do parecer da instituição coparticipante (CAAE: 47110315.0.3001.5613). Os recursos metodológicos foram constados em conformidade com a Resolução nº 466/12, na qual apresenta considerações básicas da bioé-

tica e visa assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa e da comunidade científica, em pesquisas envolvendo seres humanos.

Os participantes foram informados sobre os objetivos, possíveis riscos e benefícios da pesquisa, com a garantia do sigilo dos seus dados e, após o consentimento, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) e os pesquisadores assinaram também o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (ANEXO B).

3. RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 59 idosos internados em um hospital público de Teresina-PI, na qual se verificou seus respectivos instrumentos de avaliação do risco de queda. Seus resultados foram agrupados e são apresentados nas seguintes categorias: caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos; preenchimento do instrumento e frequência de avaliação do risco de queda e grau de risco de queda.

Caracterização sociodemográfica e clínica do idoso

Visando caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico da amostra do estudo sobre os pacientes idosos hospitalizados, a tabela 1 mostra a caracterização dos idosos de acordo com o sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão e sistema afetado.

Tabela 1. Caracterização dos idosos de acordo com o sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão e sistema afetado. Teresina – PI, 2015.

VARIÁVEL	N	%
SEXO		
Masculino	36	61,02%
Feminino	23	38,98%
Total	59	100%
FAIXA ETÁRIA		
60-65	15	25,43%
66-70	9	15,25%
71-80	19	32,20%
>80	16	27,12%
Total	59	100%
ESTADO CIVIL		
Solteiro	3	5,09%
Casado/Estável	37	62,71%
Separado/Divorciado	2	3,39%
Viúvo	16	27,12%
Não informado	1	1,69%
Total	59	100%
(Continua)		
(Continuação)		
VARIÁVEL	N	%
ESCOLARIDADE		

Analfabeto	17	28,81%
Ensino Fundamental	27	45,76%
Ensino Médio	2	3,39%
Ensino Superior	0	0,00%
Não informado	13	22,04%
Total	59	100%

PROFISSÃO

Aposentado	46	77,97%
Do lar	2	3,39%
Lavrador	6	10,17%
Motorista	3	5,09%
Vigia	1	1,69%
Comerciante	1	1,69%
Total	59	100%

SISTEMA AFETADO

Digestório	6	10,17%
Endócrino	5	8,48%
Cardiovascular	45	76,28%
Respiratório	1	1,69%
Nervoso	1	1,69%
Musculoesquelético	1	1,69%
Urinário	0	0,00%
Genital	0	0,00%
Total	59	100%

Fonte: Prontuários dos pacientes internados na Clínica Médica e Cardiovascular do HGV, 2015.

Conforme a tabela 1, durante o período de avaliação do perfil dos idosos do presente estudo, houve um predomínio do sexo masculino com 61,02% (36). Segundo o Ministério da Saúde (2006)¹⁶, os homens não realizam cuidados preventivos, ou seja, quando procura um hospital a doença já está em um estágio mais avançado. Isso explica o número maior da população masculina hospitalizada. O estudo de Santos (2007)¹⁷, sobre o perfil dos idosos hospitalizados em um Hospital Geral de Belém corroborou com os dados encontrados, pois evidenciou que a maioria dos idosos hospitalizados, com 53,1%, era do sexo masculino.

A faixa etária encontrada na pesquisa variou entre 61 e 93 anos e a que apresentou mais idoso foi de 71-80 anos com 32,20% (19). E a com menos idoso foi de 66-70 anos, com 15,25% (9) do total da amostra. A profissão mais encontrada na amostra foi a de aposentado com 77,97% (46).

Também prevaleceram os idosos casados ou com união estável, com 62,71% (37) e viúvos, com 27,12% (16). E com 45,76% (27) prevaleceu a escolaridade até o nível fundamental, seguido dos analfabetos com 28,81% (17). O estudo de Queiroz, Lira e Sasaki (2009)¹⁸, sobre identificação do risco de quedas pela avaliação da mobilidade funcional em idosos hospitalizados tiveram, em sua amostra, a mesma similaridade de prevalência. A maioria dos idosos era casada ou viúvos e, em relação à escolaridade a maioria ou era analfabeta ou tinha apenas o ensino fundamental.

Pires e Silva (2001)¹⁹ relatam que o estudo antigamente era difícil, tanto para os homens como para as mulheres. Pois valorizavam mais que o homem traba-

lhasse para sustentar a família e a mulher arcasse com o cuidado da casa e dos filhos. Explicando, assim, hoje o número ainda grande de idosos com baixo grau de instrução, que implica em um autocuidado precário e consequentemente hospitalizações.

De acordo com o perfil clínico da amostra do estudo, verificou-se o sistema cardiovascular como o mais afetado com 76,28% (45) do total da amostra. O diagnóstico médico mais encontrado entre os idosos foi o de doença arterial obstrutiva periférica. Corroborando com o estudo de Santos e Barros (2008)²⁰, no qual encontrou como as principais causas de internação nos pacientes idosos as doenças do aparelho circulatório, seguidas das doenças do aparelho digestivo.

3.2 Preenchimento do instrumento e frequência de avaliação do risco de queda.

De acordo com Morse (2009)²¹, é importante o estudo sobre a prevalência de quedas em pessoas hospitalizadas, mas é importante primeiro avaliar o risco de queda. Por isso, a importância de se aplicar um instrumento com fiabilidade e validade para avaliá-lo. Segundo Dykes e colaboradores (2009)²², os programas de prevenção nos hospitais devem contar com algum instrumento que avalie os pacientes em alto ou baixo risco de queda.

A tabela 2 mostra o preenchimento do instrumento de avaliação de risco de queda pelo profissional enfermeiro, implantado no hospital em estudo. Após a avaliação dos instrumentos, nos 59 prontuários, predominou com 59,32% (35) os que estavam legíveis. Mas em 21 prontuários não havia o instrumento anexado, perfazendo 35,59% do valor total da amostra. O instrumento também foi encontrado em branco em dois prontuários e um prontuário continha o instrumento, mas este estava rasurado.

Tabela 2. Preenchimento do instrumento de avaliação. Teresina – PI, 2015.

VARIÁVEL	N	%
Sem instrumento	21	35,59%
Em branco	2	3,39%
Com rasura	1	1,70%
Legível	35	59,32%
Total	59	100%

Fonte: Prontuários dos pacientes internados na Clínica Médica e Cardiovascular do HGV, 2015.

Ivzik; Matarrese e Pedone (2011)²³ relatam que a avaliação do risco de queda tem a finalidade de gerenciar recursos e solicitar medidas preventivas por parte da equipe. De acordo com Costa-Dias e Ferreira (2014)²⁴, essa avaliação deve ser realizada na admissão do paciente e pelo menos de 3 em 3 dias durante o período de internação ou depois de uma queda. Conforme as informações do instrumento implantado no hospital, as reava-

liações devem ocorrer a cada 72 horas ou em caso de alguma intercorrência, confirmando a teoria citada.

A análise sobre o preenchimento das avaliações a cada 72 horas foi avaliada em 35 instrumentos, pois apenas estes estavam legíveis. A análise foi feita por meio de observação da data da primeira avaliação e as datas das reavaliações, atentando se seguiam às 72 horas preconizadas. A figura 1 mostra que a maioria dos instrumentos com 68,57% (24) não eram avaliados no tempo adequado. Apenas 10 instrumentos possuíam as avaliações no tempo correto, 28,57%. E ainda uma das avaliações não tinha a data na qual foi realizada, perfazendo 2,86%, assim não se pôde analisar se as avaliações feitas estavam no tempo correto.

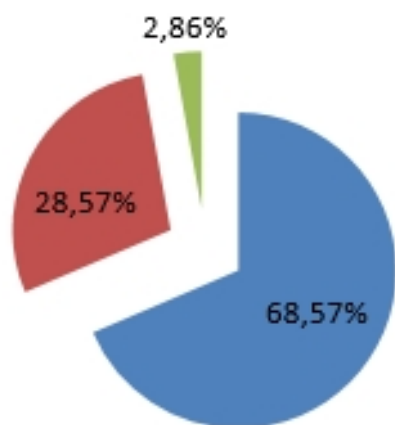


Figura 1. Avaliação a cada 72 horas. Teresina – PI, 2015. (N= 35).

De acordo também com as instruções que o instrumento traz depois da realização de cada avaliação o prontuário deve ser assinado pelo enfermeiro e pelo paciente, ou no caso do último estar impossibilitado de assinar, o seu responsável legal assina. Mas como se vê na tabela 3, a maioria dos instrumentos continha apenas a assinatura do enfermeiro com 51,43% (18). E ainda havia um instrumento sem nenhuma assinatura.

Tabela 3. Assinatura da avaliação do risco de queda. Teresina – PI, 2015.

Variável	n	%
Paciente/responsável e enfermeiro	16	45,71%
Apenas enfermeiro	18	51,43%
Apenas paciente	0	0,00%
Sem assinatura	1	2,86%
Total	35	100%

Fonte: Prontuários dos pacientes internados na Clínica Médica e Cardiovascular do HGV, 2015.

Grau de risco de queda

De acordo com o instrumento de avaliação do risco de queda implantado no hospital, deve ser selecionado um grau de risco de queda para os pacientes. A classificação é marcada com alto ou baixo risco de queda pelo

profissional enfermeiro, de acordo com as informações que constam no verso do instrumento. Apenas para os pacientes com baixo risco de queda devem ser implantadas medidas preventivas, que constam nessa folha em forma de *checklist*. Portanto, não sendo necessárias as medidas de prevenção para os idosos classificados com alto risco.

Na amostra total do estudo de 59 idosos, foram analisados apenas 35 instrumentos, pois apenas estes estavam legíveis. No estudo ainda dos 35 instrumentos legíveis, havia quatro instrumentos que estavam sem o grau de risco, mas que possuíam medidas preventivas marcadas. E dois com os dois graus de risco marcado (alto e baixo risco). Portanto, dos 59 prontuários da amostra, apenas 29 foram classificados quanto ao grau de risco de queda.

Evidencia-se que dos pacientes classificados, de acordo com a figura 2, houve prevalência do alto risco de queda com 62,07% (18), e com 37,93% (11) classificados em baixo risco. Conforme Costa-Dias e Ferreira (2014)²⁴, o grau do risco de queda depende da frequência de exposição do idoso a um ambiente inseguro ou do seu estado funcional. O alto risco de queda prevalece principalmente em idosos fragilizados, com sua capacidade funcional, cognitiva e motora reduzida. E Queiroz; Lira e Sasaki²⁵ (2009) confirmam relatando que os determinantes para uma classificação de alto risco são: dificuldade de marcha e equilíbrio; histórias prévias de quedas e déficit cognitivo.

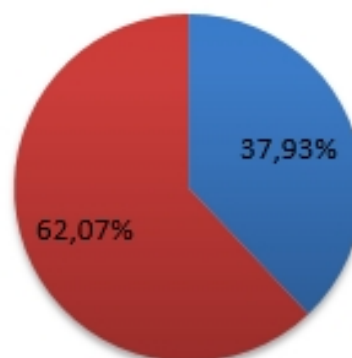


Figura 2. Grau de risco de queda. Teresina – PI, 2015. (N=29).

Lima e Cezario (2014)²⁶ relatam que quedas em idosos são ocasionadas por eventos multifatoriais e é importante o conhecimento sobre o grau de risco para se planejar medidas preventivas. Essas medidas preventivas são importantes para se evitar acidentes por quedas ou reduzi-los e, conseqüentemente, melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida do idoso. De acordo com Luzia; Victor e Lucena (2014)²⁷ para se aplicar as medidas preventivas, o paciente deve ser primeiro analisado pelo enfermeiro. Pois é mediante a coleta de dados e a aplicação de um instrumento que se identificam os fatores de risco para esse evento e, a partir disso, estabelecer as

intervenções preventivas apropriadas.

Conforme a tabela 4, nos instrumentos avaliados todos que foram classificados como baixo risco estavam corretamente com as medidas preventivas marcadas, ou seja, dos 11 idosos classificados como baixo risco, 100% estavam com as medidas preventivas. Mas de 18 avaliações selecionadas como alto risco, 44,44% (8) estavam marcadas erroneamente as medidas preventivas. Pois, as medidas preventivas devem ser marcadas apenas para o baixo risco.

Tabela 4. Grau de risco de queda e Medidas preventivas. Teresina – PI, 2015.

Medidas Preventivas	GRAU DE RISCO DE QUEDA			
	Baixo risco		Alto risco	
	F	%	F	%
Sim	11	100%	8	44,44%
Não	0	0,00%	10	55,56%
Total	11	100%	18	100%

Discordando com o instrumento implantado no hospital, o Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente (2013)²⁸, afirma que as unidades de saúde devem adotar medidas preventivas para todos os pacientes, independente do risco. Medidas de prevenção como um ambiente de cuidado, com: corredores livres de equipamento e entulhos, piso antiderrapante, mobiliário e iluminação adequada. Cita também a importância de se orientar sobre a prevenção, o risco e os danos dos acidentes por quedas aos pacientes e familiares.

Algumas das medidas preventivas citadas por este protocolo são: avaliar o risco de queda de todos os pacientes internados; os resultados da avaliação de queda de todos os pacientes devem estar nos prontuários destes; as medidas são individuais e adequadas para cada paciente; notificar todos os acidentes por queda; em caso de queda ou risco elevado de queda deve-se comunicar a família e a equipe de saúde e deve-se efetivar a comunicação da equipe e serviços sobre o risco de queda dos pacientes²⁸.

5. CONCLUSÃO

É de suma importância abordar as limitações para o desenvolvimento desse estudo, como a falta de literaturas recentes que abordassem sobre a temática. O número significativo de prontuários sem os instrumentos de avaliação de risco de queda e a redução do tamanho da amostra foram outros motivos que também limitaram a pesquisa.

Esse estudo demonstrou o perfil clínico e sociodemográfico dos idosos hospitalizados aos quais foram avaliados na pesquisa, como também as distorções encontradas na aplicação do instrumento de avaliação do

risco de queda. A partir dessas informações pretende-se melhorar a assistência de enfermagem ao idoso hospitalizado quanto ao risco de queda. Embasado nos registros preenchidos de forma correta e anexados aos prontuários, encontrar medidas para minimizar tais distorções.

Em relação à avaliação do instrumento do risco de queda que é implantado no hospital, observamos a não conformidade tanto do preenchimento como das avaliações realizadas. O profissional de enfermagem, que é o responsável para liderar os programas de prevenção e classificação do risco de queda, mostrou falta de habilidade ao aplicar o mesmo.

Os instrumentos que possuíam o grau de risco de queda devidamente marcados revelaram uma prevalência do alto risco de queda nos idosos hospitalizados. Verificou-se a importância de se implantar mais programas de educação em saúde sobre autocuidado na pessoa idosa, prevenção de acidentes por queda e a promoção de um envelhecimento saudável. Para que futuramente haja a redução da população idosa com alto risco de queda.

Portanto, faz-se necessário a conscientização e treinamento no preenchimento do instrumento para os profissionais de saúde do hospital não só enfermeiros, mas para toda a equipe que de certa forma pode auxiliar o preenchimento. Assim, o instrumento será aplicado de forma correta e o hospital poderá alcançar a Sexta Meta Internacional de segurança, que é reduzir o risco de lesões ao paciente decorrente de quedas.

REFERÊNCIAS

- [01] Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. In: _____. Controle de qualidade. 6 ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2010.
- [02] CBA. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Padrões de acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 3 ed. Rio de Janeiro: CBA, 2008.
- [03] Franciscato L, Bessow CK, Ruzczyk JVA, Oliveira MA, Kluck MM. Metas internacionais de segurança do paciente em hospital universitário. Rev do Hosp das Clí de Porto Alegre, Porto Alegre, 2011; 31 (4): 482-486.
- [04] Gawryszewski VP, Jorge MHPM, Koizumi MS. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. Rev da Assoc Médica Brasil, 2004; 50 (1): 97-103.
- [05] Ganança FF, Gazzola JM, Aratani MC, Perracini MR, Ganança MM. Circunstâncias e consequências de quedas em idosos com vestibulopatia crônica. Rev Brasil de Otorrinolaringologia, São Paulo, 2006; 72 (3): 388-393.
- [06] Guimarães RM, Cunha UGV. Sinais e Sintomas Associados à Marcha. In: _____. Sinais e Sintomas em Geriatria. Rio de Janeiro: Atheneu, 2004; 249-252.
- [07] Filho EC. Fisiologia do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada, 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2002; 60-70.
- [08] Marin MJS, Castilho NC, Myazato JM, Ribeiro PC, Candido DV. Características dos riscos para quedas entre

- idosos de uma unidade de saúde da família. *Rev Mineira de Enferm*, 2007; 11 (4): 369-374.
- [09] Araujo AM, Menezes RMP, Mendonça AEO, Lopes MS, Tavares AM, Lima HCF. Perfil da mortalidade por quedas em idosos. *Rev de Pesq: Cuidado é fundamental Online*, 2014; 6(3):863-875.
- [10] Abrantes KSM, Menezes TN, Farias MCAD, Silva MIL, Rolim VE, Junior HM, et al. Caracterização das quedas em idosos socorridos pelo serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev ABCS Health Sciences*, 2013; 38 (3).
- [11] Chianca TCM, Andrade CR, Albuquerque J, Wenceslau LCC, Tadeu LFR, Macieira TGR, et al. Prevalência de quedas em idosos cadastrados em um Centro de Saúde de Belo Horizonte - MG. *Rev Brasil de Enferm*, Brasília, 2013; 66 (2).
- [12] Ferreira DCO, Yoshitome AY. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Rev Brasil de Enferm*, Brasília, 2010; 63 (6).
- [13] Rose DJ, Hernandez D. The Role of Exercise in Fall Prevention for Older Adults. *Review Clinics in Geriatric Medicine*, 2010; 26 (4): 607-631.
- [14] Lima CA, Tocantins FR. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. *Rev Brasil de Enferm*, Brasília, 2009; 69 (3): 367-373.
- [15] Freitas R, Santos SSC, Hammerschmidt KSA, Silva ME, Pelzer MT. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. *Rev Brasil de Enferm*, Brasília, 2011; 64 (3).
- [16] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- [17] Santos MIPO. Perfil dos idosos internados no Hospital Geral em Belém (Pará). *Rev de Enferm Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, 2007; 11 (1).
- [18] Queiroz L, Lira S, Sasaki A. Identificação do risco de quedas pela avaliação da mobilidade funcional em idosos hospitalizados. *Rev Baiana de Saúde Pública*, 2009; 33(4): 534-543.
- [19] Pires ZRS, Silva MJ. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática na saúde do idoso. *Rev Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, 2001; 3(2).
- [20] Santos JS, Barros MDA. Idosos do Município do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da morbimortalidade hospitalar. *Rev Epid e Serv de Saú*. 2008; 17(3).
- [21] Morse JM. Preventing patients falls: Establishing a fall intervention program. New York: Springer, 2. ed, 2009.
- [22] Dykes PC, Carrol DL, Hurley AC. Why do patients in acute care hospitals fall? Can falls be prevented? *J Nues Adm*, 2009; 39(6):299-304.
- [23] Ivziku D, Matararese M, Pedone C. Predictive validity of the Hendrich fall risk model II in an acute geriatric unit. *Int J Nurs Stud*, 2011; 48:468-474.
- [24] Costa-Dias, MJM, Ferreira, P. Escalas de avaliação de risco de quedas. *Rev de Enferm Referência*, 2014; IV(2):153-161.
- [25] Queiroz L, Lira S, Sasaki A. Identificação do risco de quedas pela avaliação da mobilidade funcional em idosos hospitalizados. *Rev Baiana de Saúde Pública*; 2009; 33 (4).
- [26] Lima CA, Tocantins FR. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. *Rev Brasil de Enferm*, Brasília, 2009; 69(3):367-373.
- [27] Luzia MF, Victor MAG, Lucena AF. Diagnóstico de enfermagem Risco de quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados. *Rev Latino-Americana de Enferm*, 2014; 22(2).
- [28] Brasil, Ministério da Saúde. Anexo 01: Protocolo prevenção de queda, 2013.

MÉTODOS QUE DEFINEM A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

METHODS THAT DEFINE THE QUALITY OF LIFE IN THE NURSES 'EMPLOYMENT AND EMERGENCY WORK

LEYLA GERLANE DE OLIVEIRA ADRIANO^{1*}

1. Enfermeira. Mestre em Terapia Intensiva-IBRATI. Docente e Preceptora.

*Rua Dr. João Lula, 2416, casa E, Parque Piauí, Timon, Maranhão, Brasil. CEP:65631060. leylagerlane@hotmail.com

Recebido em: 02/02/2017. Aceito em: 15/04/2017

RESUMO

O profissional de enfermagem que desenvolve um trabalho em urgência e emergência encara diferentes fatores que tem a capacidade de enfadar sua saúde física e mental em sua sucessão dos dias de trabalho, intervindo do mesmo modo na qualidade de vida do profissional de enfermagem. No começo do século XX surgiram estudos a respeito da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), uma juntura contrabalançada de diferentes efetivações, que se achegam a concepção das práticas integrativas e complementares (PIC), como saúde associada a comodidade física, mental, social e espiritual. Nesta pesquisa, por meio de uma revisão bibliográfica, foram levantados elementos que seguem o mesmo propósito em meio aos temas QVT e PIC, catalogando-se estas definições, com a finalidade de se encontrar como e se as PIC possuem a faculdade de exercer um auxílio na QVT. Analisou-se a iminência dos conceitos, melhoramento da QVT por meio do relaxamento e minimização da ansiedade e do mesmo modo a precisão de se avivar e oficializar discussões, com a finalidade de maximizar qualidade de vida desses profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Profissional de enfermagem, urgência e emergência, qualidade de vida no trabalho.

ABSTRACT

The nursing professional who carries out work in emergency rooms face different factors that have the capability of boring their physical and mental health in their succession of days worked by intervening in the same way the quality of life of nursing professionals. In the early twentieth century emerged studies on Quality of Life at Work (QVT) a hollow offset of different functionings, who approach the design of complementary and integrative practices (PIC), such as health associated with physical comfort, mental, social and spiritual. In this research, through a literature review of integration, elements have been raised following the same purpose in the midst of QWL and PIC themes, cataloging up these settings, in order to find how and if the PIC have the right to exercise an aid in the QWL. We analyzed the imminence of the concepts, improving QWL through relaxation and reduction of anxiety and likewise the accuracy to enliven and official discussions, in order to maximize quality of life of these professionals.

KEYWORDS: Nursing professional, urgent and emergency, quality of life in work.

1. INTRODUÇÃO

No coloquial do trabalho de um profissional de enfermagem o mesmo encara vários fatores que tem a competência de adequar danos à sua saúde física e mental, intervindo deste modo na qualidade de vida do profissional. Em meio a estes fatores depara-se a extensa permanência da jornada de trabalho, as tarefas em período noturno, o contato e a manipulação de produtos químicos, a exibição à radiação ionizante e o sustento de demasia de peso no período em que durar a assistência¹.

Diferenciar a pessoa e sua conduta é de extraordinária relevância para o entendimento do stress ocupacional do profissional de enfermagem, analisando-os como componentes de suma importância na dinâmica deste acontecimento, não apenas o andamento histórico e a totalidade socioeconômica².

Nota-se deste modo, que no método evolutivo da enfermagem como profissão, o profissional de enfermagem tem se encontrado com numerosos problemas que permanecem anexos às questões históricas, a formação adquirida, às exigências e deficiências de um sistema inserido em um determinado contexto sócio-político. O stress é um deles, sendo “resultado da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho, sob forma de problemas na saúde física e mental e na satisfação no trabalho, comprometendo o indivíduo e as organizações”².

A partir do início do século XX começaram a aparecer estudos sobre a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). Na década de 50, em Londres, Eric Triste e colaboradores começaram a estudar um modelo macro para agrupar o trinômio Indivíduo/Trabalho/Organização, na Tavistock Institute. Nos Estados Unidos, nesta mesma época, Louis Davis e colaboradores realizavam, pesquisas para modificar as linhas de montagens no intuito de tornar a vida dos operários no trabalho mais agradável e satisfatória³.

Conforme Oliveira *et al* (2011)⁴, a QVT pode ser entendida como a gestão dinâmica e contingencial de fatores físicos, tecnológicos e sócio-psicológicos que podem afetar a cultura e renovar o clima organizacional, refletindo-se no bem-estar do trabalhador e na produtividade da empresa.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo Schmidt, Dantas, Marziale (2008)⁵, define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Buscando-se então, o conceito de saúde, tem-se o levantado pela OMS, no artigo de Fleck (2000)⁶, como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença, podendo assim o stress ser classificado como um agente causador de desequilíbrio para a relação saúde/doença.

A OMS associa, ainda, as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) com a “medicina tradicional”, entendida como “práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios”⁷.

As práticas dentro das MAC (Medicina alternativa e complementar) diferenciam-se entre si. Quando essas práticas são usadas juntas com práticas da biomedicina, são chamadas complementares; quando no lugar de uma prática biomédica, elas são consideradas alternativas; e quando usadas conjuntamente, baseadas em avaliações científicas de segurança e eficácia de boa qualidade, chamadas integrativas⁸.

No entanto, a utilização do termo Medicina alternativa e complementar, tem sido, ultimamente, substituída pelo termo “Práticas Integrativas e Complementares” (PIC). Essa mudança se dá pelo fato de a denominação MAC não ser a mais adequada, pois sugere a idéia de alternância à terapia convencional, substituindo-a, quando na realidade elas são complementares entre si. Alguns profissionais de saúde preferem, ultimamente, a utilização do termo “Medicina Integrativa”⁸.

As Práticas integrativas e complementares (PIC), precisam ter seu acesso e uso racional promovido. Deve-se haver, também, “incentivo à pesquisa científica contínua e capacitação profissional para o atendimento desta demanda, integrando cada vez mais estas práticas ao ensino e pesquisa no meio acadêmico”⁸.

Projetos e trabalhos relacionados ao stress ocupacional dos profissionais de enfermagem, principalmente os de urgência e emergência, e à procura de uma melhor qualidade de vida são justificados, ainda, como cita Gomes, Cruz e Cabanelas (2009)⁹, “pela natureza dos serviços que prestam, uma vez que a qualidade e eficácia do seu

trabalho pode ter um impacto decisivo na saúde dos pacientes”.

Refletir literariamente sobre uma prática ou estilo de vida com objetivo de minorar o sofrimento do trabalhador em enfermagem, é que se propõe este trabalho. Mas como objetivo geral fazer uma análise das PIC em profissionais que desenvolvem o labor em urgência e emergência, e como estas podem contribuir à qualidade de vida do trabalho em enfermagem, agindo de forma preventiva e/ou reabilitadora, no cotidiano clínico-hospitalar, apresentando conceitos e técnicas, e, como objetivos específicos delimitar, relacionar e traçar um paralelo entre qualidade de vida no trabalho e as práticas integrativas e complementares apresentadas em diferentes artigos e do mesmo modo fazer uma análise das PIC, e como estas podem contribuir à qualidade de vida do trabalho em enfermagem, agindo de forma preventiva e/ou reabilitadora, no cotidiano clínico-hospitalar, apresentando conceitos e técnicas.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Conforme Mendes *et al.* (2008)¹⁰ “Os enfermeiros são incessantemente provocados na procura de conhecimento científico, com a finalidade de promoverem a melhoria do cuidado ao paciente”.

Esta pesquisa incide em uma revisão bibliográfica integrativa, com dedução por excelência e qualitativa por apreciação. Tendo como objetivo esclarecer e/ou contrapor a consequente problemática levantada por meio de uma avaliação bibliográfica assistemática precedente: e de que forma as práticas alternativas ou complementares tem a capacidade de serem assistências na qualidade de vida do trabalhador de enfermagem em urgência e emergência?

A revisão integrativa é fundamentada na apreciação de estudos importantes que permitam a composição da informação a partir de diversos estudos publicados a respeito de um resolvido tema, o melhoramento da tomada de decisão e do exercício clínico, além de apontar espaços na metodologia do conhecimento. Permitindo desta forma, tirarem-se conclusões gerais a propósito de uma reservada extensão de estudo¹⁰.

Considera-se a revisão integrativa o meio mais completo, pois consente a abrangência de pesquisa experimental e quase-experimental, além da concordata de elementos de literatura teórica e baseado na experiência adequando um grau de captação completado de conceitos implexos, teorias ou problemas a respeito do assunto de importância¹⁰.

Depois da definição do tema, foi realizado o levantamento inicial de artigos por meio da ferramenta de procura do *Google* acadêmico. Em seguida foi empregado o fundamento de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) a disposição na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A análise foi feita a partir

dos convênios efetivos dos seguintes descritores: Enfermagem, terapias complementares, qualidade de vida, urgência, emergência, esgotamento profissional, stress Psicológico e stress ocupacional. Foi do mesmo modo desempenhada a pesquisa em meio ao descritor enfermagem e às palavras chave “Qualidade de vida no trabalho” e “Urgência/Emergência” “Stress Ocupacional” pela adesão ao tema e por se ressaltar a referência dos mesmos em determinados artigos feito o levantamento com antecipação.

Foram empregados os subseqüentes quesitos para a seleção dos artigos: publicações na língua portuguesa, textos que se encontram à disposição na íntegra, aderência temática e obras inerentes ao tema a partir do ano 2000. Foram adicionados devido a aderência ao tema, artigos científicos, dissertação de mestrado, trabalho de conclusão de curso convencionais e divulgados e resenha publicada em revista científica estabelecida um índice.

Depois da leitura sintética para a escolha dos artigos, teve início a leitura interpretativa tido como o problema da pesquisa e as informações mais relevantes, adotado os fichamentos. Para finalizar, foi efetivado a classificação dos pontos convergentes e divergentes em meio aos temas QVT e PIC estabelecido o desenvolvimento deste artigo, a partir da analogia interna e externa em meio a eles.

3. RESULTADO E DISCUSSÃO

Foi feito o levantamento de 287 artigos, adotando as seguintes combinações: 50 artigos para enfermagem e terapias complementares; 180 artigos para enfermagem e qualidade de vida; 03 artigos para enfermagem em urgência e emergência, terapias complementares e qualidade de vida; 03 artigos para enfermagem, qualidade de vida e esgotamento profissional; 03 artigos stress psicológico e enfermagem; 03 artigos para enfermagem, qualidade de vida e stress ocupacional; 03 artigos para o descritor enfermagem e o marco espiritualidade; e 25 artigos para o descritor enfermagem e o termo “qualidade de vida no trabalho”.

Foram nomeadas 17 publicações que acolheram aos critérios de inclusão sugeridos pela pesquisa. Considerando a análise dos artigos selecionados nesta revisão integrativa, obteve-se algumas informações para melhor sintetizar a temática, pôde-se delimitar três categorias por similaridade de conteúdo, são elas: Descrição em meio a qualidade de vida e as práticas alternativas; sobre práticas alternativas e complementares; e, sobre terapias mentais e espirituais: contato terapêutico, Reiki e Relações Espirituais.

Descrição em meio a Qualidade de vida e as Práticas Alternativas

Em concordância com Crossetti e Dezorzi (2006)¹¹, na essência do registro da enfermagem o cuidar era manifestado no cuidado espiritual, de

maneira que a espiritualidade é própria da natureza humana e uma vigorosa saída de cura. Entretanto, a enfermagem, com o decorrer dos dias abdicou da sua herança religiosa e ao lado a extensão espiritual do cuidado.

Tem-se a capacidade do mesmo modo de notar um congresso relevante na atenção e no cuidado do outro, com escassa evidência para o cuidado com o cuidador².

No ano de 2001, o manual da OMS, depara uma classificação de doenças catalogadas ao trabalho, concedendo as patologias e suas presumíveis agregações a agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional. No tópico concernente aos transtornos mentais e comportamentais inerentes ao trabalho, são ressaltados vários aspectos psicossociais ocupacionais. Em meio as patologias relacionadas proporcionadas permaneciam o alcoolismo crônico, o estado de stress pós-traumático, a neurastenia, a neurose profissional, o transtorno do ciclo vigília-sono por causa dos fatores não orgânicos e a ou síndrome do esgotamento profissional¹.

Fora o stress, torna-se imprescindível lembrar a representação de sofrimento psíquico, evidenciada na investigação de Gobbi e Durman (2010)¹², demonstra que “100% dos trabalhadores alegam determinado tipo de sofrimento psíquico”, assinalado pelo problema de operar planos e determinar significado à vida, ao lado do sentimento de ineficácia e vazio.

Afora os fatores que causam stress pelo fato da enfermagem ser em sua grande parte do sexo feminino, as categorias de trabalho como a remuneração não condizente com o labor, a hierarquização do trabalho e a dessemelhança e enredamento dos processos técnicos são motivos do descontentamento e stress em meio a esses profissionais. Desta forma, torna-se essencial fazer a avaliação da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem³.

A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) tem a capacidade de ser quantificada como sendo o prazer e o bem-estar do profissional no período da execução de sua ocupação⁵. Consistindo em ser que, a referida tem sido uma preocupação do homem desde o começo de sua essência, mesmo que sob outros princípios⁴.

Conforto, comodidade, amenidade conforme Trovó e Silva (2008)⁷, é o designio da medicina que procura entender por completo seus fenômenos, oferecendo ao homem uma condição de consistência em meio aos elementos do corpo, da mente e do espírito. Assim, as PIC são “práticas que apontam à assistência de saúde a pessoa, seja na precaução, seja no tratamento, avaliando-o por completo - corpo/mente/espírito - e não como um conjugado de órgãos ou membros isolados. ” Ressaltamos deste modo, um análogo, um ponto em comum bilateral da qualidade de vida no trabalho e os das PIC.

Conforme, Salles e Silva (2008)¹³, a busca das PIC, se apresenta pelo fato de que as pessoas campeiam escolhas que suavizem as suas dores, que consistam em ser mais baratas e com menos efeitos colaterais, pela ascensão da saúde e anticoncepção da doença, por ser benéfico do mesmo modo para o emocional e espiritual, pelo acontecimento de a eficiência, da medicina convencional ser indefinida ou visto que os recursos clássicos exauriram para determinada categoria patológica. Outro elemento categórico é a investigação pela visão holística, que a medicina habitual prontamente não apresenta mais, logo que se tornou partida pelas especializações. Isso tem a capacidade de ser averiguado pela crescente procura por profissionais com constituição em terapias complementares.

Sobre Práticas Alternativas e Complementares

Em meados do século XX, com o curso de matéria, apresentada por Einstein, como amostra de energia, o homem, igualmente matéria, passa a ser observado como um ser com múltiplas dimensões, formado de sistemas energéticos que interatuam entre si, compondo um todo que necessita ser contrabalançado e harmonioso. Assim, o homem é um complexo constituído por mente, corpo e espírito, que se conservam em estabilização dinâmica ininterrupta com as extensões energéticas superiores⁷.

As PIC, conforme Tesser e Barros (2008)¹⁴, “tem a capacidade de ser determinada como um conjunto de princípios médicos e de cuidado à saúde, práticas e elementos que não são atualmente tidos como parte da biomedicina”.

Estas técnicas formam o padrão biomédico hegemônico ocidental e ganham denominações em concordância com a reminiscência de cada localidade, como “medicina tradicional” ou como “medicina complementar”. Entretanto, o que é determinado como usual muda de acordo com cada região e conforme a contemporaneidade. O limite em meio a medicina convencional e complementar não é da forma correta determinado¹⁵.

Adicionando, Trovó e Silva (2008)⁷, unificam as PIC em: Terapias físicas como, acupuntura, moxabustão, shiatsu, do-in, argiloterapia, cristais, tratamento das doenças pela água, vaporização e sauna; tratamento com remédios de origem vegetal, nutrição alternativa, Ondas, radiações e vibrações: radioestesia, terapias mentais e espirituais cromoterapia, toque terapêutico, visualização, reiki; e exercícios individuais.

As práticas de relaxamento são essências no governo do stress, pois as mesmas apresentam a sua ação na tensão muscular, que termina por ser seguida de situações emocionais negativas. A evolução ou a carência de tensão muscular induz a pessoa a uma categoria emotivamente mais perfeita, aperfeiçoando a influência mútua de forma adequada nas ocasiões do dia-a-dia¹⁶.

Analizamos também, que os enfermeiros que trabalham em urgência e emergência desvendam-se flexíveis em analogia às PIC; buscam avaliar as terapias em questão, recomendam-nas e até as utilizam em si próprios, mas, ainda poucos são os enfermeiros que se difundem a estes cursos. Isto se precisa ao tipo de constituição granjeada na graduação catalogada na amostra biomédica de auxílio, e ao mesmo tempo e as soluções financeiros imprescindíveis para uma palpável concepção nestas terapias¹³.

Sobre Terapias Mentais e Espirituais: Contato Terapêutico, Reiki e Relações Espirituais.

O tratamento efetivado na extensão energética, deste modo como o modelo Holístico da Medicina vibracional, apoia-se na física contemporânea de Einstein, fazendo uso da compreensão de que matéria é similar à energia e que tudo, deste modo como a mente e o pensamento, é formado por fótons. Neste entendimento, a mente e o espírito são as adequadas fontes acordo, tendo a capacidade de ocasionar doenças por meio de ligações energéticas e neuro-hormonais, deste modo como ser elemento essencial e categórico do seu tratamento¹⁷.

No estudo desempenhado por Saviato e Silva (2004)¹⁷ a respeito do efeito do toque terapêutico (TT) na dissipação de feridas fazendo uso de cobaias, alcançou-se uma indicação de que o TT verdadeiramente antecipou o procedimento de cicatrização. Neste mesmo trabalho, apresentam dados que mostram que o tratamento com TT foi diligente na ampliação da condição de hemoglobina; na diminuição expressiva da condição de tensão muscular, da consternação e dor, dos sustentados de auto avaliação de depressão, fora que gera relax aproximadamente adjacente.

Tavares (2002) *apud* Santos (2005)¹⁸ proporciona o Reiki como um princípio de clérigo que se usa da canalização de energia, o denominado “CHI”, ou energia divina por meio da imposição de mãos, adequando harmonização ao ser, retornos ao nível principal de moderação, prosperidade, cura e saúde.

4. CONCLUSÃO

Por causa da natureza dos serviços apresentados pela enfermagem, a sua característica e vigor têm um momento decisivo na saúde, melhoramento e comodidade dos pacientes. A literatura recomenda que as coordenações com enfoque na produtividade, no entanto sem condições de trabalho provocam perda à saúde dos enfermeiros que desenvolvem trabalho com urgência e emergência causando deste modo, a diminuição da QVT, sofrimento psíquico, fora o sentimento de ineficácia e vago. Nesse conjunto as Práticas Integrativas ou Complementares têm a capacidade de ser assistencial em uma melhoria do conjunto da QVT de enfermeiros, com diminuição da tensão, da

ansiedade, do stress, das cargas impresumíveis e a adequação do bem-estar, o relax e o novo equilíbrio energético do corpo como um todo. Sendo do mesmo modo uma ferramenta para a administração das causas de risco sócio-psicológicos que têm a capacidade de comprometer o trabalhador conjecturando-se no bem-estar. A literatura ventila nesta pesquisa e estimula a prática dessas práticas direcionadas o melhoramento da QVT dos profissionais de enfermagem que desenvolver sua função na temática urgência e emergência.

No período em que durou o estudo fez-se a observação de que os enfermeiros se demonstram amplamente com receptividade a essas terapias, o que promove a sua implementação e concordância.

Determinadas PIC são de simples realização no dia-a-dia hospitalar, seja por meio de intercessões “*in locu*” de um profissional certificado, ou por palestras a respeito do auto aplicação. Como exemplares dessas técnicas, têm-se as Terapias físicas (shiatsu, massagens, do-in), e as Terapias mentais e espirituais (meditação, relaxamento psicomuscular, toque terapêutico, visualização e reiki).

Ante a literatura estudada, ficou do mesmo modo manifesto a precisão de se praticar o conteúdo a respeito das práticas integrativas e complementares na concepção dos profissionais de enfermagem. Buscando-se expandir e praticar a oficialização das discussões a respeito do assunto em estabelecimentos de representação de ensino e de assistência em enfermagem. Como do mesmo modo impulsionar as concentrações científicas direcionadas a este tópico, fazendo a sistematização das abordagens metodológicas, com a intenção de auferir robustidão nas proeminências deste conhecimento.

REFERÊNCIAS

- [01] Manetti ML, Marziale MHP, Robazzi MLCC. Revisando os Fatores Psicossociais do Trabalho de Enfermagem. Revista Rene, Fortaleza, 2008; 9(1):111-119. Disponível em: <<http://tinyurl.com/3kz8qo7>>. Acessível em 15 de jan de 2015.
- [02] Silva LG, Yamada KN. Stress Ocupacional em Trabalhadores de uma Unidade de Internação. Ciência, Cuidado e Saúde, Paraná, 2008; 7(1): 098-105. Acessível em: <<http://tinyurl.com/3uhendq>>. Acessado em 15 de jan de 2015.
- [03] Paschoa S, Zanei SV, Whitaker IY. Qualidade de Vida dos Trabalhadores de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, 2007; 20(3):305-10. Acessível em: <<http://tinyurl.com/3ezhptx>>. Acessado em 15 de jan de 2015.
- [04] Oliveira EA, et al. Qualidade de Vida no Trabalho do Profissional de Enfermagem. Cadernos de Estudos e Pesquisas, Rio de Janeiro, 2011; 15(33). Acessível em: <<http://tinyurl.com/3ex67d3>>. Acessado em 15 de jan de 2015.
- [05] Schmidt DRC, Dantas RAS, Marziale MH. P. Qualidade de Vida no Trabalho: Avaliação da Produção Científica na Enfermagem Brasileira. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, 2008; 21(2):330-337. Acessível em: <<http://tinyurl.com/3obm8qc>>. Acessado em 15 de jan de 2015.
- [06] Fleck MPA. O Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): Características e Perspectivas. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n.1. 2000. Acessível em: <<http://tinyurl.com/4xtr9jz>>. Acessado em 15 de jan de 2015.
- [07] Trovó MM, Silva MJP. Terapias Alternativas/Complementares a Visão do Graduando de Enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2008; 36(1). Acessível em: <<http://tinyurl.com/3dwkpyc>>. Acessado em 15 de jan de 2015.
- [08] Barros NF, Siegel P, Simoni C de. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007; 23(12). (resenha). Acessível em: <<http://tinyurl.com/3zkrqyb>>. Acessado em 15 de jan de 2015.
- [09] Gomes AR, Cruz JF, Cabanelas S. Stress ocupacional em Profissionais de Saúde: Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, 2009; 25(3):307-318. Acessível em: <<http://tinyurl.com/3k5su9f>> acessado em 15 de jan de 2015.
- [10] Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto Enferm. Florianópolis, 2008; 17(4):758-64. Acessível em: <<http://tinyurl.com/5urrcxq>>. Acessado em 15 de jan de 2015.
- [11] Crossetti MG, Dezorzi LW. A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de Enfermagem em Terapia Intensiva. Revista Latino-am.Enfermagem. Ribeirão Preto, 2006; 16(2). Acessível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_07.pdf>. Acessado em 15 de janeiro de 2015.
- [12] Gobbi C, Durman S. Sofrimento psíquico no trabalho: percepções de enfermeiros. Revista Tempus Actas Saúde Coletiva, Brasília, 2015; 4(1). Acessível em: <<http://tinyurl.com/3uqp78r>>. Acessado em 15 de jan de 2015.
- [13] Salles LF, Silva MJP. Iridologia: Revisão Sistemática. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2008; 42(3). Acessível em: <<http://tinyurl.com/3pgv86h>>. Acessado em 15 de jan de 2015.
- [14] Tesser CD, Barros NF. Medicalização Social e Medicina Alternativa e Complementar: Pluralização Terapêutica do Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 2008; 42(5). Acessível em: <<http://tinyurl.com/3c62zje>>. Acessado em 15 de jan de 2015.
- [15] Fontanela F, et al. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade Tubarão/SC. Arquivos Catarinenses de medicina. Santa Catarina, 2007; 36(2):2007. Acessível em:<<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/484.pdf>>. Acessado em 15 de janeiro de 2015.

- [16] Neto NMC, Garbaccio JL. O Stress Ocupacional no Serviço de enfermagem hospitalar: Reconhecimento e Minimização. Interseção, Belo Horizonte, 2008; 1(2):71-81. Acessível em: <<http://tinyurl.com/86fxspk>>. Acessado em 15 de jan de 2015.
- [17] Saviato RM, Silva MJP. Efeitos do toque terapêutico na cicatrização de lesões da pele de cobaias. Acta paul. Enf., São Paulo, 2004; 17(4):377-82. Acessível em: <http://tinyurl.com/7s3q6vy>>. Acessado em 15 de jan de 2015.
- [18] Santos AC. O Cuidado Transdimensional através do Reiki e dos Florais de Bach, numa de Unidade de Saúde. 2005. 121f. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2005. Acessível em: <<http://tinyurl.com/63mn99n>>. Acessado em 15 de jan de 2015.

MICRORGANISMOS BUCAIS NO DESENVOLVIMENTO DA PNEUMONIA ASPIRATIVA POR VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTES DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - REVISÃO DE LITERATURA

ORAL MICROORGANISMS ON THE DEVELOPMENT OF ASPIRATIVE PNEUMONIA BY MECHANICAL VENTILATION IN PATIENTS OF INTENSIVE THERAPY UNIT - LITERATURE REVIEW

BÁRBARA FONSECA¹, ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA¹, ANDRESSA BOZZA², ELIANA CRISTINA FOSQUIERA^{2*}

1. Cirurgiã-dentista egressa do Curso de Odontologia UNIPAR - Cascavel, Brasil.; 2. Docente do curso de Odontologia UNIPAR - Cascavel, Brasil.

Rua Recife, 1000, apto 103, Centro. Cascavel, Paraná, Brasil. CEP: 85.810-030. elianacf@prof.unipar.br

Recebido em 05/02/2011. Aceito para publicação em 25/04/2017

RESUMO

O objetivo desta revisão de literatura é enfatizar o papel dos microrganismos bucais no desenvolvimento da Pneumonia Aspirativa por Ventilação Mecânica (PAVM) em pacientes internados na unidade de terapia intensiva. Selecionou-se artigos de periódicos publicados a partir de 2008, por meio dos descritores combinados: Unidade de Terapia Intensiva; Infecções Nosocomiais; Odontologia hospitalar, Microrganismos Orais; Pneumonia por Ventilação Mecânica. A busca foi realizada nas bases de dados de Enfermagem (BDENF), National Library of Medicine (MEDLINE), PUBMED, Cochrane Library, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). A PAVM é uma infecção nosocomial responsável por altas taxas de morbidade, mortalidade, representando 50% das infecções hospitalares. A presença do tubo na traqueia compromete os mecanismos de defesa e, aliado à diminuição no nível de consciência do paciente, facilita a microaspiração de microrganismos e secreções da orofaringe para o pulmão, favorecendo o desenvolvimento de pneumonia. O microbioma bucal de pacientes em estado crítico, se altera, e os agentes agressores são geralmente constituídos por patógenos gram-negativos multirresistentes, confirmados como causadores da PAVM. Com isso, os microrganismos bucais se configuram como fatores de risco relevantes na etiologia da PAVM, por colaboram e/ou ainda serem os principais responsáveis pelo seu desenvolvimento.

PALAVRAS-CHAVE: Unidades de terapia intensiva; Pneumonia aspirativa; Odontólogos.

ABSTRACT

The aim of this study was to perform a literature review emphasizing the influence of oral microorganisms on the development of Aspirative Ventilation by Mechanical Ventilation (PAVM) in patients admitted to the intensive care unit. Articles from periodicals published since 2008 were selected using the following combined descriptors, Intensive

Care Unit; Nosocomial Infections; Hospital dentistry, Oral microorganisms; Mechanical Ventilation Pneumonia. The search was performed in the data bases of Nursing (BDENF), National Library of Medicine (MEDLINE), PUBMED, Cochrane Library, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (Lilacs). VAP is a nosocomial infection responsible for high morbidity rates, mortality accounting for 50% of hospital infections. Critically ill patients, the oral microbiome changes, and aggressive agents are usually multiresistant gram-negative pathogens. It was found that the oral microorganisms were confirmed as causing the VAP, and all of them were also present in the oral cavity, suggesting that oral microorganisms are considered as very important risk factors in the etiology of VAPM.

KEYWORDS: Intensive care unit; Mechanical ventilation pneumonia; Dentistry.

1. INTRODUÇÃO

A pneumonia é responsável por altas taxas de morbidade, mortalidade e aumento expressivo dos custos hospitalares. Entre as infecções hospitalares, é a primeira causa em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva – UTI. Representa 50% das infecções, sendo a maioria por Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM). A taxa de mortalidade é de 20% a 50% dos pacientes afetados por esse tipo de pneumonia podendo chegar em até 80%¹.

A infecção em paciente de UTI é uma complicação que eleva a mortalidade, podendo ser de origem endógena ou exógena. A pneumonia é caracterizada por uma resposta inflamatória causada pela penetração e multiplicação descontrolada de microrganismos, bactérias, vírus ou fungos, da própria flora endógena do paciente, de outros pacientes, de aparelhos hospitalares ou de fontes ambientais no trato respiratório inferior, que resulta do desequilíbrio entre os mecanismos imunitários e os patógenos².

Os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da pneumonia nos pacientes imunocomprometidos são os procedimentos invasivos³, em indivíduos com idade avançada (mais de 70 anos), doença preexistente e hospitalização prolongada. Oitenta por cento dos episódios de pneumonia nosocomial ocorre em pacientes com via aérea artificial, denominando-se nesse caso, de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica^{4,5}, pois a presença do tubo na traqueia compromete os mecanismos de defesa e, juntamente com a diminuição no nível de consciência do paciente, facilita a microaspiração de secreções da orofaringe para o pulmão, favorecendo o desenvolvimento de pneumonia. A presença do tubo endotraqueal impede o fechamento da glote e, em consequência, o paciente perde o mecanismo normal de limpeza das vias aéreas, ficando impedido de tossir. Além disso, a presença do tubo aumenta a produção de secreções^{6,7,8}.

A higiene bucal deficiente é comum em pacientes internados em UTI, possivelmente pelo desconhecimento de técnicas adequadas pelas equipes da terapia intensiva. A higienização bucal precária propicia a elevação da colonização do biofilme bucal por microrganismos patogênicos, desencadeando gengivites ou ainda agravando doenças bucais preexistentes. Isto pode potencializar focos de infecção nosocomial, pois, em apenas 48 horas após a entrada na UTI, os pacientes já apresentam a orofaringe colonizada por bactérias gram-negativas, frequentes agentes causadores das infecções hospitalares⁹. Com isso, este trabalho tem por objetivo fazer uma revisão de literatura correlacionando os microrganismos bucais no desenvolvimento da pneumonia aspirativa por ventilação mecânica.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, descritiva, utilizando artigos de periódicos publicados a partir de 2008, por meio dos seguintes descritores combinados: Unidade de Terapia Intensiva; Infecções Nosocomiais; Odontologia hospitalar, Microrganismos Orais; Pneumonia por Ventilação Mecânica. A busca foi realizada nas diversas fontes: Base de Dados de Enfermagem (BDENF), National Library of Medicine (MEDLINE), PUBMED, Cochrane Library, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Para o aprofundamento teórico sobre a temática, houve embasamento em fontes complementares, tais como: teses, dissertações e livros. Inicialmente, a coleta dos artigos sobre o assunto ocorreu de forma exploratória. Em seguida, foi realizada uma leitura crítica dos artigos, sendo selecionados aqueles que atendiam os padrões de qualidade e confiabilidade das informações e que apresentavam estruturação adequada. A partir disso, as informações foram extraídas e ordenadas em atendimento ao tema do artigo, como a prevalência de infecções nosocomiais causadas pelo uso e pela

manutenção de equipamentos invasivos, associada aos microrganismos bucais, bem como os diferentes protocolos de higiene bucal aplicados nas Unidades de Terapia Intensiva.

3. DESENVOLVIMENTO

Classificação da pneumonia

1. Pneumonia adquirida na comunidade: quando o paciente reside na comunidade e, antes da presença de sintomas, não esteve em ambiente hospitalar nos 90 dias anteriores, nem internado em clínica de longa permanência nos 14 dias anteriores¹⁰.
2. Pneumonia adquirida em hospital (PAH): diagnosticada após 48 horas da internação do paciente, não estando presentes nem incubados anteriormente à data de internação. Não está relacionada à intubação orotraqueal ou à ventilação mecânica (VM), podendo, entretanto, o paciente ser encaminhado para tratamento em UTI quando apresenta ou evolui para a forma grave¹⁰.
3. Pneumonia associada aos cuidados médicos (PACM): não se pode confundir esse tipo com a *pneumonia adquirida em hospital*, embora possam ser relacionadas. As pneumonias relacionadas a cuidados de saúde são aquelas associadas a pacientes residentes em asilos ou tratados em internação domiciliar; pacientes que receberam antimicrobianos (administração intravenosa) ou que estão sob quimioterapia nos 30 dias antecedentes à infecção; pacientes em terapia renal substitutiva; ou ainda a pacientes internados em caráter de urgência por 2 ou mais dias nos últimos 90 dias antes da infecção¹⁰.
4. Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM): constitui um subconjunto das PAHs, a Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica é aquela que surge em 48-72 horas após intubação orotraqueal e a instituição de ventilação mecânica invasiva. É um procedimento invasivo que está associado a 83% das pneumonias hospitalares, sendo considerada a duração da ventilação extremamente importante, com risco mais alto durante os primeiros 8-10 dias de ventilação¹¹.

Os mecanismos de infecção de PAH e PAV são semelhantes, embora, como as defesas do hospedeiro nesse caso são desabilitadas devido à presença do tubo endotraqueal, o risco de pneumonia em pacientes com ventilação mecânica é muito mais alto¹².

Pneumonia associada à ventilação mecânica

A PAVM tem representado um desafio diagnóstico e terapêutico por ser causada por patógenos multirresistentes, desenvolvidos ao longo dos anos, e a vários outros fatores relacionados à terapêutica ou ao próprio quadro clínico do paciente. A incapacidade da manutenção das vias aéreas em paciente crítico, em diversas situações, faz necessária a realização de via aérea avançada para promover a ventilação eficiente. A

inserção da cânula ocorre através da boca ou das fossas nasais. Ao ser entubado, o paciente perde os mecanismos fisiológicos de proteção do sistema respiratório. Ao mesmo tempo que abre o sistema, o acúmulo de secreção na orofaringe e na região subglótica passa a abrigar patógenos agressivos, antes não constituintes da flora bucal¹³. Os microrganismos orais conseguem facilmente superar as defesas do organismo, penetrando nos pulmões pelas laterais do balonete da cânula. Ao negligenciar a higiene bucal do paciente crítico, o biofilme adquirido desencadeia elevada concentração de patógenos na saliva, podendo alcançar os pulmões e comprometer as defesas do paciente na UTI¹⁴.

Microrganismos bucais na patogênese da PAVM

Frequentemente, a microbiota bucal e o hospedeiro estão em equilíbrio nos adultos saudáveis, diferentemente dos pacientes em estado crítico, em que o microbioma oral se altera e os agentes agressores são geralmente constituídos por patógenos gram-negativos multirresistentes como *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Enterodacter* e *Proteus mirabilis*^{15,16,17}.

A saliva é essencialmente importante para a manutenção da saúde bucal, devido aos seus componentes imunológicos. Em pacientes sob tratamento intensivo, como quimioterapia e radioterapia, o uso frequente de medicamentos para reduzir a dor ou controlar a ventilação mecânica promove considerável redução do fluxo salivar, comprometendo as funções imunológicas da saliva. Isso favorece a proliferação microbiana bucal, bem como a formação de biofilme dental que progride para o cálculo em um período de 72 horas. O cálculo, sendo extremamente poroso, facilita a colonização de novos microrganismos, tornando-se um reservatório de bactérias, principalmente as gram-negativas, anaeróbias, que são altamente virulentas¹⁸.

Em caso de pacientes hospitalizados, já portadores de periodontite, pode ocorrer a intensificação da alteração sistêmica pré-existente, visto que as bactérias periodontais podem se disseminar por meio da penetração nos vasos sanguíneos, e o paciente apresentar um quadro de septicemia. Nesse sentido, a medicina periodontal surgiu baseada em estudos que conferem à doença periodontal uma relação direta com diversas morbidades sistêmicas, entre elas, a pneumonia nosocomial, que está sendo cada vez mais estudada em relação à associação com microrganismos oriundos da cavidade bucal^{19,20}.

Em um estudo quantitativo e observacional realizado em 2011, na UTI de um hospital-escola de Fortaleza, foi verificada a prevalência de PAVM. Observou-se que 94,6% dos pacientes apresentaram PAVM, tendo como principais microrganismos o *Pseudomonas aeruginosa* e o *Actinobacter balmani*, sendo que apenas 5,4% não se infectaram e 45,9% dos

pacientes evoluíram para o óbito, além de 54,1% que foram transferidos da UTI²¹.

Na pesquisa clínica realizada por Isaque Silva, em 2013, foi avaliada a relação da microbiota oral em pacientes com PAVM na UTI. O pesquisador detectou a maior prevalência dos seguintes microrganismos na secreção traqueal: *K. pneumoniae* 23,3%; *P. aeruginosa* 19,3%; *Acinetobacter* 7,7%; *E. aerogenes* 7,7%; *C. albicans* 3,8%; *E. cloacae* 3,8%; *S. aureus* 3,8%; e *Serratia* 3,8%, sendo que 62,5% destas foram encontradas também na cavidade bucal. Depois da análise dessas bactérias seguindo o protocolo de diagnóstico, constatou-se que as bactérias *Acinetobacter* 33,3%; *P. aeruginosa* 66,6%; e *K. pneumoniae* 50% foram confirmadas como causadoras da PAVM, e todas estavam presentes também na cavidade bucal, sugerindo-se que os microrganismos orais configuram-se como fatores de risco importantíssimos na etiologia da PAVM²².

Prevenção da PAVM

A prevenção da PAVM tem sido muito debatida na comunidade científica, com estabelecimento e substituição de diversos protocolos preventivos, pois é um processo que envolve um amplo espectro de patógenos e interações complexas com as defesas do hospedeiro e aumento do risco de óbito. Os altos índices dessa doença poderiam ser reduzidos simplesmente com o uso de precauções de contato. A utilização desse método em associação com elevação da cabeceira do leito a 30°, profilaxia para úlceras pépticas e refluxos, profilaxia de trombose venosa profunda, higiene bucal a cada duas horas, intervalo de sedação a cada 24 horas, e constante avaliação da possibilidade de “desmame” do ventilador poderiam ser responsáveis pela redução de 46% a 59% nos casos de PAVM⁴.

Em 2009, a agência nacional de vigilância sanitária divulgou medidas específicas para a prevenção da pneumonia, a saber:

- Manter os pacientes com a cabeceira elevada entre 30 e 45°, pois a utilização do decúbito elevado reduz o risco de aspiração do conteúdo gastrointestinal ou orofaríngeos e de secreção nasofaríngea, por esse motivo, diminui a incidência de PAVM especialmente em pacientes recebendo nutrição enteral;
- Avaliar diariamente a sedação e diminuir sempre que possível, evitando-se sedação profunda e constante, assim como o uso de drogas que deprimem o reflexo da tosse. Aspirar a secreção acima do balonete (subglótica), pois o acúmulo de secreção no espaço subglótico é uma variável associada ao maior risco de desenvolvimento de pneumonia associada à ventilação mecânica, a partir do momento que se torna colonizada pela microbiota da cavidade bucal, composta principalmente de bacilos gram-negativos, estes que são considerados importante fonte de bactérias resistentes aos antimicrobianos;

- Higiene bucal com antissépticos (clorexidina veículo oral), visto que a PAVM é propiciada pela aspiração do conteúdo da orofaringe, fato este que ampara a lógica de se tentar erradicar a colonização bacteriana dessa topografia a fim de reduzir essa ocorrência.

Segundo Silva *et al.* (2009)²³, a higiene das mãos deve fazer parte de todas as campanhas educativas tanto fortalecendo os conceitos da periodicidade como da técnica, pois esta é considerada a ação isolada mais importante, mais simples, e mais eficaz no combate e prevenção de infecções em serviços de saúde. Muitos estudos recomendam a utilização de sabonete líquido com antissépticos como a clorexidina como uma prática de diminuir a transmissão cruzada. A utilização do álcool-gel deve ser estimulada em todas as áreas do serviço de saúde, principalmente na beira do leito.

Diversos estudos têm demonstrado diminuição das pneumonias associadas à ventilação quando a higiene oral é realizada com clorexidina (0,12% ou 0,2%) e swab dental (pequena esponja com haste), três a quatro vezes ao dia. Contudo, o profissional deve ficar atento para alergias, irritação da mucosa ou escurecimento transitório dos dentes²³.

Para Cruz *et al.* (2011)⁵, a descontaminação da cavidade bucal, com o uso de clorexidina ou clorexidina associada à colistina, reduz o risco de desenvolvimento de PAVM em 65 e 55%, respectivamente, quando comparados com placebo, pela redução de bactérias da cavidade bucal de um paciente ventilado mecanicamente. Essa descontaminação pode ser realizada por intervenções mecânicas e farmacológicas. Nesse caso, as intervenções mecânicas podem ser: o uso da escova de dente e a lavagem da cavidade bucal para remover o biofilme dentário; já as farmacológicas implicam no uso de agentes antimicrobianos e clorexidina duas vezes ao dia para diminuir a probabilidade de colonização da orofaringe.

Protocolos de higiene bucal na UTI

Existem alguns protocolos de higienização, que indicam que os pacientes que apresentam edentulismo deve ser realizada a escovação da língua, a lavagem com água filtrada, a aspiração do excesso de líquidos, a aplicação de espátula com gaze embebida em solução de digluconato de clorexidina a 0,12% sobre toda a mucosa oral, os rebordos desdentados, a língua e o palato, além de aspirar o excesso sem enxaguar. Já em pacientes dentados ou com ausência parcial de elementos dentários, deve ser realizada a escovação dentária pela técnica de Bass modificada com ou sem creme dental, escovação da língua, a lavagem com água filtrada, a aspiração do excesso de líquidos, a aplicação de espátula com gaze embebidas em solução de digluconato de clorexidina a 0,12% sobre toda a mucosa bucal, a gengiva, os dentes, a língua, o palato, bem como a aspiração do excesso sem enxaguar¹⁵.

A esse respeito, Bergan *et al.* (2014)²⁴ avaliaram os efeitos de um protocolo de higiene bucal pré-operatório na incidência de pneumonia pós-operatória em pacientes submetidos à revascularização do miocárdio e cirurgia valvar. Taxas de pneumonia pós-operatória no período do estudo foram reduzidas nesses pacientes, mostrando a importância de melhorar a higiene bucal no período pré-operatório e pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.

Contudo, segundo a metanálise realizada por Wan-Jie Gu *et al.* (2012)²⁵, comprovou-se a partir de um estudo randomizado, pela avaliação de 828 pacientes, que a escovação não reduz significativamente a incidência de PAV, porém, o estudo ressalta a importância da realização de novos ensaios clínicos randomizados.

O estudo de Lev & Arshed (2015)²⁶ examinou protocolos de higiene bucal que incluíam escovação, aspiração, limpeza da cavidade bucal com bicarbonato de sódio, enxaguatório com antisséptico e hidratante de boca. Verificaram que nos pacientes sob ventilação esse protocolo envolvendo escovação dos dentes, aspiração, enxaguatório com antimicrobiano e hidratação é capaz de assegurar condições que minimizam a colonização pulmonar.

O bicarbonato de sódio, peróxido de hidrogênio e swabs de limão e glicerina estão também disponíveis para a higienização bucal no ambiente de terapia intensiva, entretanto, estudos mostram que seu uso pode ser prejudicial. O peróxido de hidrogênio e o bicarbonato de sódio causam queimaduras se diluídos incorretamente. Já o swab de limão e glicerina, se utilizado por muito tempo, é considerado um agente umectante; entretanto, ele inicialmente estimula a produção de saliva, mas depois causa xerostomia de rebote; além disso, é ácido e pode provocar irritação em mucosa e desmineralização do esmalte dental²⁷.

Atualmente o agente antimicrobiano considerado padrão ouro, e o principal agente no controle químico do biofilme dental é o digluconato de clorexidina, um antisséptico com amplo espectro de ação contra bactérias gram-positivas e gram-negativas, bem como contra fungos e alguns vírus lipofílicos. A clorexidina mantém sua atividade antimicrobiana mesmo na presença de fluidos corporais ou de sangue e, quando usada topicamente, liga-se covalentemente a proteínas na pele ou à mucosa, resultando em um efeito antimicrobiano persistente com absorção sistêmica limitada, mesmo após ingestão oral. Em face disso, a clorexidina nas concentrações de 0,12% a 0,2% pode ser administrada em intervalos de 12h, mantendo sua habilidade de retardar e/ou prevenir a formação do biofilme²⁷.

4. DISCUSSÃO

Sendo a PAVM uma infecção adquirida intra-hospitalar, não se pode ignorar a mais importante das prevenções que é a lavagem das mãos para evitar transmissões cruzadas. Sendo assim, evitar a intubação

orotraqueal e aumentar a consciência da equipe quanto à higiene das mãos são as maiores medidas para a prevenção da PAVM. Além disso, todas as medidas preventivas podem ser realizadas de maneira frequente e eficaz, com o objetivo de promover o bem-estar e diminuir significativamente os fatores de risco e a incidência desta patologia, que leva um grande número de pacientes a óbito anualmente no Brasil e no mundo²⁸.

Como estratégia para prevenção das infecções das vias aéreas, deve-se ficar atento a fatores que propiciam a incidência e a mortalidade por PAVM como: idade maior que 45 anos, uso de corticosteróides, presença de choque, antecedente de doença obstrutiva crônica, imunodepressão, uso prévio de antibiótico e o tempo de ventilação mecânica superior a nove dias. A higiene bucal e traqueal eficaz é de total importância, visto que a permanência de um paciente em UTI, principalmente intubado, propicia o aparecimento de flora bacteriana prejudicial, cálculo dentário e gengivite, necessitando da higiene para a retirada do biofilme responsável²³.

Diante do exposto, é imprescindível que sejam realizados os procedimentos de higiene bucal em Unidades de Terapia Intensiva, utilizando soluções antimicrobianas coadjuvantes e método padrão de higiene bucal, a fim de prevenir o agravamento das doenças sistêmicas como a pneumonia bacteriana²⁹.

A inserção de protocolos preventivos da pneumonia nosocomial, bem como o monitoramento da descontaminação bucal realizados por profissionais qualificados são essenciais para a redução da colonização pulmonar por patógenos orais. Com isso, nota-se que essas medidas estão intimamente relacionadas à interação entre a medicina e a odontologia¹⁹.

Entre os principais microrganismos isolados em culturas de secreções traqueais estão os bacilos gram-negativos (BGN) (*Pseudomonas* e *Acinetobacter*) e os cocos gram-positivos (CGP) (*Staphylococcus aureus*), sendo os BGN responsáveis por mais de 60% dos casos relatados e *S. aureus* entre 20% e 40% dos casos. A incidência de infecções causadas por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente produtora de metalo- β -lactamase está aumentando mundialmente, especialmente em pacientes críticos. Atualmente se posiciona entre as principais bactérias causadoras de infecções hospitalares. Relatos de redução da suscetibilidade da *P. aeruginosa* aos antimicrobianos vêm sendo publicados no Brasil e em outros países, destacando-se a diminuição de sensibilidade aos antibióticos de maior espectro de ação, como os carbapenêmicos e as cefalosporinas antipseudomonas. Entre as mutações que acarretam aumento da resistência, a produção de enzimas betalactamases e metalo-betalactamases são as de maior importância e geralmente ocorrem em pacientes com mais tempo internação e uso prévio de antimicrobianos¹².

Nesse processo, é de extrema importância que o cirurgião-dentista (CD) e a equipe de enfermagem

façam procedimentos para controlar os patógenos orais por meio de uma correta higienização diária. Ao CD cabe também, a realização de outros procedimentos, temporários ou definitivos, como as exodontias de dentes condenados periodontalmente com grande acúmulo de cálculo, restaurações provisórias em dentes cavitados que são nichos de acúmulo e progressão das bactérias. Os avanços científicos recentes revelam a importância do tratamento odontológico, principalmente periodontal, na prevenção e/ou na melhora da condição sistêmica do paciente crítico, o que indica, dessa forma, que problemas bucais podem atuar como foco de disseminação de microrganismos patogênicos com efeito metastático sistêmico, especialmente em pessoas com a saúde comprometida³⁰.

Outro aspecto importante a ser abordado são os custos hospitalares das infecções nosocomiais. Segundo estudos divulgados pela *American Thoracic Society*, a presença de pneumonia nosocomial chega a aumentar em até nove dias o tempo de internação de um paciente, o que corresponde ao excesso de custos de até quarenta mil dólares por ocorrência, totalizando um custo de mais de 1,2 bilhão de dólares por ano para o sistema de saúde americano⁸.

Nesse sentido, Nangino *et al.* (2012)³¹ realizaram um estudo no hospital filantrópico de Minas Gerais analisando os gastos em relação aos medicamentos e aos procedimentos médicos diretos, além da permanência na Unidade de Terapia Intensiva de pacientes com pneumonia aspirativa por ventilação mecânica. Verificaram uma média de permanência de pacientes com PAVM de 15 dias com média de gasto de R\$9.763,78, sendo que os pacientes sem pneumonia permaneceram cerca de 3 dias e gastaram em média R\$1.093,94. Com isso, nota-se uma relevante diferença nos custos e em relação ao tempo de internação.

Ademais, Wise & Williams (2013)³² verificaram o efeito da implementação de protocolo de cuidados bucais em hospitais por meio da escovação com dentífrício e aplicação de solução de clorexidina 0,12%, 2 vezes ao dia, 12/12 horas. O cumprimento desse protocolo pela equipe de saúde foi monitorado durante 12 meses. Com isso, observou-se redução de 46% na pneumonia associada à VM ($p=0,04$), bem como uma redução no custo de US\$ 140,000 com base no custo estimado por pneumonia associada à ventilação mecânica. Esses dados demonstram a influência dos cuidados bucais na redução de custos hospitalares.

5. CONCLUSÃO

Observou-se por meio dos estudos avaliados nesta revisão, que os microrganismos bucais colaboram e/ou ainda são os principais responsáveis pelo desenvolvimento da PAVM. Sendo assim, o odontólogo deve atuar em procedimentos preventivos, curativos e restauradores na adequação do meio bucal, causando mais conforto ao paciente, reduzindo o risco

de pneumonia por aspiração e, consequentemente, o tempo de internação.

6. REFERÊNCIAS

- [1] Souza AF, Guimarães AC, Ferreira EF. Avaliação da implementação de novo protocolo de higiene bucal em um centro de terapia intensiva para prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica. *Rev. Mineira Enfermagem* 2013 jan/mar; 17(1):177-84.
- [2] Nunes RJA, Arruda FP, Lima JLC, Lucena PAF. Análise da redução de pneumonia nosocomial no CTI após inclusão do Cirurgião Dentista na equipe multidisciplinar. *Rev. Odontologia (ATO)* 2014 Jan; 14(1): 28-35.
- [3] Harbarth S, Hausteim T. Year in review 2009: Critical Care – infection. *Critical Care* 2010 Jun; 14:240.
- [4] Camargo CC, Azzoni C, Vieira NR, Dias BVB. Prevalência de Infecções Nosocomiais em Unidades de Terapia Intensiva: Revisão Sistemática. *Rev Panam Infectol* 2014 jun/set; 16(3):180-186.
- [5] Cruz FLC, Meneses MRR, Serra SC, Barbosa MCG. Pneumonia associada a ventilação mecânica: medidas preventivas. *Rev Pesq Saúde* 2011 jan/abril; 12(1):56-59.
- [6] Berry AM, Davidson PM, Nicholson L, Pasqualotto C, Rolls K. Consensus based clinical guideline for oral hygiene in the critically ill. *Intensive and Critical Care Nursing* 2011 Aug; 27(4):180-185.
- [7] Zolfaghari OS, Wyncoll DLA. The tracheal tube: gateway to ventilator-associated pneumonia. *Critical Care* 2011 Mai; 15(5):310.
- [8] Wyncoll D, Camporota L. Number needed to treat and cost-effectiveness in the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Critical Care* 2012 Mar; 16(3):430.
- [9] Coppadoro A, Bittner E, Berra L. Novel preventive strategies for ventilator associated pneumonia. *Critical Care* 2012 Mar; 16:210.
- [10] Antonelli M, Bontem M, Cecconi M, Chastre J, Citerio G, Conti G, et al. Year in review in Intensive Care Medicine 2012. II: Pneumonia and infection, sepsis, coagulation, hemodynamics, cardiovascular and microcirculation, critical care organization, imaging, ethics and legal issues. *Intensive Care Med* 2013 Dez; 39:345-364.
- [11] Martinelli LMB, Boas PJFV, Queluz TT, Yoo HHB. Determinantes morfológicos de prognóstico em pneumonia nosocomial: um estudo em autópsias. *J Bras Pneumol* 2010 Set; 36(1):51-58.
- [12] Canzi RK, Colacite J. Frequência de pneumonia associada à ventilação mecânica com base em resultados de culturas quantitativas de secreções traqueais. *RBAC* 2016 Abr; 48(18):118-22.
- [13] Rewa O, Muscedere J. Ventilator-Associated Pneumonia: Update on Etiology, Prevention, and Management. *Curr Infect Dis Rep* 2011 Jun; 13(3): 287-95.
- [14] Freitas JR, Valois JÁ, Chaves KRS, Amorim JNC, Santos LD, Mendonça SMS, et al. Higienização bucal em pacientes entubados sob ventilação mecânica na unidade de terapia intensiva adulto na Santa Casa de Belo Horizonte. *Revista iniciação científica* 2014 Jun; (1):2358-214.
- [15] Gomes SF, Esteves MCL. Atuação do cirurgião-dentista na UTI: um novo paradigma. *Rev. bras. Odontologia* 2014 Jun; 69(1):67-70.
- [16] Bágyi K, Haczku A, Márton I, Szabó J, Gáspár A, András M. Role of pathogenic oral flora in postoperative pneumonia following brain surgery. *BMC Infectious Diseases* 2009 Jun; 9:104.
- [17] Barbosa JCS, Lobato OS, Menezes SAF, Menezes TOA, PINHEIRO HHC. Perfil dos pacientes sob terapia intensiva com pneumonia nosocomial: principais agentes etiológicos. *Rev Odontol UNESP Araraquara* 2010 Jul; 39(4):201-206.
- [18] Pace CC, McCullough GH, et al. The Association Between Oral Microorganisms and Aspiration Pneumonia in the Institutionalized Elderly: Review and Recommendations. *Springer Science Business Media* 2010 mar/ago; 25:307-322.
- [19] Amaral SM, Cortês AQ, Pires FR. Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. *J Bras Pneumol* 2009 Abr; 35(11):1116-1124.
- [20] Liu K. et al. In vivo determination of multiple indices of periodontal inflammation by optical spectroscopy. *J Periodontal Res* 2009 Feb; 44(1):117-124.
- [21] Bezerra EL, Lima AIF, Nóbrega ARR, Barroso DN, Donadi HA, Santos JGS, et al. Prevalência de pneumonia em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de um hospital-escola de Fortaleza – CE. *Rev Bras Promoç Saúde* 2012 abr/jun; 25(2):20-24.
- [22] Silva IL. Relação da microbiota oral em pacientes com PAV (pneumonia associada à ventilação mecânica) na UTI (unidade de terapia intensiva). [Monografia] Bragança Paulista: Universidade São Francisco, 2013.
- [23] Silva LCF, Borges JS. Infecções do trato respiratório - Orientações para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. Unidade de investigação e prevenção das infecções e dos eventos adversos. 2009.
- [24] Bergan EH, Tura BR, Lamas CC. Impact of improvement in preoperative oral health on nosocomial pneumonia in a group of cardiac surgery patients: a single arm prospective intervention study. *Intensive Care Med* 2014 Jul; 40:23-31.
- [25] Gu, Gong Y, Pan L, Ni Y, Liu J, et al. Impact of oral care with versus without toothbrushing on the prevention of ventilator-associated pneumonia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Critical Care* 2012 Mai; 16:190.
- [26] Lev A, Sebeih A, Arshed A, The effect of different oral hygiene treatments on the occurrence of ventilator associated pneumonia (VAP) in ventilated patients. *Journal of Infection Prevention* 2015 Out; 16(2):76-81.
- [27] Pimentel ELC. Avaliação da eficácia de um protocolo de higiene bucal na prevenção de infecções no pós-operatório infantil em crianças submetidas à cirurgia cardíaca. [Tese] Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas; 2012.
- [28] Gonçalves FAF, Brasil VV, Minamisava R, Caixeta CR, Oliveira LM, Cordeiro JABL, et al. Eficácia de estratégias educativas para ações preventivas da pneumonia associada à ventilação mecânica. *Esc Anna Nery* 2012 out/dez; 16(4):802-808.
- [29] Franco JB, Jales SMCP, Zambon CE, Fajarra FJC, Ortigosa MV, Guardieiro PFR, et al. Higiene bucal para pacientes entubados sob ventilação mecânica assistida na unidade de terapia intensiva: proposta de

protocolo. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo 2014 Dez; 59(3):126-31.

- [30] Gadelha RD, Araújo JMS, et al. Relação entre a presença de microrganismos patogênicos respiratórios no biofilme dental e pneumonia nosocomial em pacientes em unidade de terapia intensiva: revisão de literatura. Revista saúde & ciência 2011 Jun; 2(1):95-104.
- [31] Nangino GO, Oliveira CD, Correia PC, Machado NM, Dias AT. Impacto financeiro das infecções nosocomiais em unidades de terapia intensiva em hospital filantrópico de Minas Gerais. Rev Bras Ter Intensiva 2012 Nov; 24(4):357-361.
- [32] Wise MP, Williams DW. Oral care and pulmonary infection - The importance of plaque scoring. Critical Care 2013 Jan; 17(1):101.

CONHECIMENTO DE MULHERES SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

KNOWLEDGE OF WOMEN ON THE PREVENTION OF COLDO CANCER: AN INTEGRATING REVIEW

LIDIANE CRISTINA DE SOUSA GOMES¹, TATYANNE SILVA RODRIGUES^{2*}, PÉTTERSON DANILO DE OLIVEIRA LIMA GOIANO³, JULIANNY DE SOUSA PIRES LOPES⁴

1. Enfermeira pela Faculdade do Piauí. Pós-graduanda do Curso de Especialização em Urgência e Emergência da Unipós; 2. Enfermeira pelo Centro Universitário UNINOVAFAP. Mestranda da Universidade Federal do Piauí. Preceptora do Curso de Enfermagem da Faculdade do Piauí; 3. Enfermeiro pela Faculdade do Piauí. Pós-graduando do Curso de Especialização em Saúde Pública e da Família e Supervisão e Gestão escolar com Docência Superior pela Faculdade Kurios e Enfermagem Obstétrica pela Instituto de Ensino Superior Múltiplo; 4. Enfermeira pelo Centro Universitário UNINOVAFAP. Pós-graduanda do Curso de Especialização em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAP

* Rua Walfran Batista, 491, São João, Teresina, Piauí Brasil. CEP: 64046-470. enfattyannesr@gmail.com

Recebido em 22/02/2017. Aceito para publicação em 20/04/2017

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivos: levantar na literatura a produção técnico-científica acerca do conhecimento das mulheres sobre a importância da prevenção do colo do útero e identificar na produção levantada, a aproximação da enfermagem com a temática. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada com artigos científicos disponíveis online no Lilacs, Scielo e Bdenf, nos anos de 2011 a 2016. Foram selecionados 19 artigos, onde após análise, os artigos foram categorizados em dois eixos temáticos para facilitar a compreensão da temática pesquisada, sendo eles: conhecimento de mulheres sobre a prevenção do colo do útero e aproximação da enfermagem com a temática câncer do colo do útero. Observou-se que a falta de conhecimento de mulheres sobre a prevenção do colo do útero, pode resultar em sérios problemas para sua saúde, uma vez que, foi possível evidenciar, que ainda há uma parcela significativa de mulheres que desconhece a importância e a finalidade do exame preventivo. Assim, torna-se necessário, realizar estratégias educativas, planejadas e implementadas, com ações de promoção e prevenção à saúde com o envolvimento das usuárias, sendo a informação uma excelente ferramenta facilitadora para a melhor compreensão das usuárias, minimizando interferências negativas sobre o exame e sua finalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer uterino, conhecimento, prevenção, enfermagem.

ABSTRACT

This study had as objectives: to raise in the literature the technical-scientific production about women's knowledge on prevention of cervical cancer and identify, on the raised production, the approach of nursing with the theme. This is an integrative review, conducted with scientific articles, which were available online on Lilacs, Scielo and BDENF, in the years 2011-2016. There were selected 19 articles, which after analysis, were categorized into two themes to facilitate

understanding of the researched topic, as follows: knowledge of women on the prevention of cervical and approach of nursing to the cervical cancer theme. It was observed that the lack of knowledge of women on the prevention of cervical cancer could result in serious problems to their health since it became clear that there is still a significant portion of women unaware of the importance and purpose of the screening test. Like this, it is necessary carry out educational, planned and implemented strategies, health promotion and prevention actions with the involvement of users, being information an excellent tool for facilitating a better understanding of users, minimizing negative interference on the exam and its purpose.

KEYWORDS: Uterine cancer, knowledge, prevention and nursing.

1. INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é um grande problema de saúde pública em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, pelo fato de ser a segunda neoplasia mais comum entre as mulheres e pelos crescentes números de casos que surgem anualmente com diagnóstico tardio; levando a altos índices de morbimortalidade de mulheres em todo mundo. Dessa forma, é de extrema importância a detecção precoce, para que assim, as mulheres tenham a oportunidade e maiores chances de tratamento e cura da doença¹.

Os países em desenvolvimento são os que apresentam as maiores taxas de incidência desta neoplasia, com 80% dos casos. Contudo, nesses países cerca de seis milhões de mulheres com idade entre 35 e 49 anos, nunca realizaram o exame Papanicolaou².

A etiologia do câncer do colo do útero está associada diretamente aos hábitos de vida, aos fatores ambientais e as baixas condições socioeconômicas. Muitos são os fatores de riscos existentes que podem

ocasionar o câncer do colo do útero, dentre eles, está o tabagismo, a multiparidade, a multiplicidade de parceiros sexuais, o uso de anticoncepcionais orais; iniciação sexual precoce e baixa ingestão de vitaminas; porém o principal agente causador desse problema é o *Papiloma Vírus Humano* (HPV)³.

O método de detecção precoce do câncer do colo do útero disponível e mais utilizado é através do exame citológico também conhecido como Papanicolau. O exame permite a detecção precoce em mulheres assintomáticas, contribuindo para identificação de lesões precursoras e da doença em estágios iniciais. Todas as mulheres devem submeter ao exame na faixa etária de 25 a 69 anos e que já tiveram atividade sexual, uma vez que é nessa mesma faixa etária que há uma maior incidência do câncer de colo do útero⁴.

O exame preventivo deve ser repetido a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados no intervalo de um ano. A repetição de um ano após o primeiro teste, objetiva reduzir a possibilidade de resultados falso-negativo nestas primeiras etapas de rastreamento. A finalidade do exame é a detecção das lesões precursoras para a instalação precoce da terapêutica sempre que necessário. Sendo reduzido o risco cumulativo de câncer do colo do útero em 80% para mulheres rastreadas a cada cinco anos, e em 91% para mulheres que se submetem ao exame a cada três anos⁵.

Apesar de o exame preventivo ser uma atividade oferecida com periodicidade, sua realização vem apresentando certa resistência por parte de muitas mulheres que não se submetem ao exame por diversos motivos, tais como, vergonha, ausência de sintomas e esquecimento, sentimentos de medo, o que revela a influência dos aspectos psicossociais de prevenção desse tipo de neoplasia⁶.

Assim, o câncer do colo uterino merece grande atenção pelos profissionais da saúde, sendo a enfermagem a categoria que mais pode contribuir para o controle da doença, por meio das ações de promoção e prevenção da doença, dando orientações sobre a importância do exame preventivo, bem como a divulgação das formas de prevenção desse câncer, uma vez que ações comportamentais podem minimizar os riscos a que as pacientes estão expostas. Além de proporcionar condições que contribuem para a cura e a redução de perdas funcionais provocadas pela doença ou pelo seu tratamento⁷.

O Ministério da Saúde, valendo-se de diretrizes do Instituto Nacional do Câncer - INCA, vem elevando a cobertura de exames preventivos para câncer do colo do útero em números absolutos. Mas, apesar destes crescentes esforços para melhorar a eficiência dos programas de prevenção, é persistente a manutenção de altas taxas de incidência e de mortalidade no Brasil; o que indica que as medidas adotadas podem não ter conduzido aos resultados esperados⁸.

Diante disso, o conhecimento das mulheres sobre os fatores causadores e a forma de detecção precoce do câncer do colo do útero torna-se indispensável e pode contribuir para que as mesmas possam participar das ações e decisões que afetam sua saúde, principalmente

estimulando a identificação de sintomas e a procura pelo serviço de prevenção adequado³. Assim, a pesquisa teve como objetivos: levantar na literatura a produção técnico-científica acerca do conhecimento das mulheres sobre a importância da prevenção da prevenção do colo do útero e identificar na produção levantada, a aproximação da enfermagem com a temática.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A abordagem metodológica adotada para a investigação foi a revisão integrativa, que permite reunir estudos com diversas metodologias sobre o tema. Obedeceu-se rigorosamente as seguintes etapas para sua elaboração: Identificação do tema e seleção questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão de estudos ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados, apresentação da revisão final⁹.

Para obtenção das publicações a serem incluídas na revisão, o levantamento bibliográfico foi realizado por meio das publicações veiculadas em periódicos científicos disponíveis *online*, no Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e Bdenf (Banco de Dados em Enfermagem), sobre o tema: conhecimentos de mulheres sobre a prevenção do câncer do colo do útero, no período de 2011 a 2016, utilizando os descritores controlados: câncer uterino, conhecimento, prevenção e enfermagem.

A etapa de levantamento dos artigos ocorreu no período de setembro a novembro de 2015, quando foram encontrados 17 artigos no Lilacs, 12 no SciELO e 10 no Bdenf, totalizando 39 artigos, dos quais alguns deles se repetiam entre as bases pesquisadas e alguns não estavam de acordo com a temática. No período de maio de 2016, foi realizada uma nova busca, a fim de averiguar a existência de alguma publicação após o período da primeira busca, onde foram encontrados 5 artigos, os quais estão incluídos no total descrito acima. Dos 39 artigos encontrados, apenas 19 obedeciam aos critérios de inclusão, que são: período da publicação, temática em estudo e publicados em forma de artigos, os quais foram analisados, fichados e integram esta pesquisa.

Foram excluídos os estudos publicados anteriores ao período estabelecido no estudo, os que não estavam indexados nas bases de dados selecionadas ou estavam em forma de teses, dissertações e monografias, que não estejam em português e disponíveis na íntegra.

Para extração dos dados, e a fim de facilitar o fichamento dos conteúdos dos artigos selecionados, utilizou-se um formulário de coleta de dados, elaborado para este fim, pela autora da pesquisa, contendo informações sobre autores, ano, bases de dados e periódicos de publicação; título, objetivos, metodologia, resultados, conclusões do estudo.

3. DESENVOLVIMENTO

O desconhecimento de grande parte das mulheres a respeito do câncer do colo do útero e do exame preventivo vem sendo apontado como fator que gera um prognóstico bastante desfavorável, onde se verifica diagnósticos tardios e altos índices de mortalidade.

Para melhor compreensão do levantamento bibliográfico realizado, os resultados foram apresentados no quadro a seguir, que descreve as seguintes características: autores, ano, periódico, tema, objetivos, metodologia e conclusão. A seguir são apresentados os dois eixos temáticos divididos após a análise e interpretação do material, para facilitar a discussão e compreensão da temática pesquisada, sendo eles: conhecimento das mulheres sobre a prevenção do câncer do colo do útero e aproximação da enfermagem com a temática câncer do colo do útero.

De acordo como mostra o quadro 1, no que se refere ao ano de publicação, o ano de 2014 concentrou o maior número de publicações (seis), seguido o ano de 2013 com (cinco), ano de 2012 com (quatro), ano de 2011 com (dois) e no ano de 2015 e 2016 com apenas um artigo cada um. Pode-se perceber que nos anos

definidos para coleta de dados, foram desenvolvidos muitos trabalhos a respeito da temática, com isso deixando mais evidente o interesse de transmitir para as mulheres a importância da prevenção do câncer do colo do útero.

No que se refere as revistas de origem dos artigos, a grande maioria delas foram publicadas em Cad. Saúde Coletiva, Ciência & Saúde Coletiva e Revista de Enfermagem UERJ, Texto e Contexto e Revista Rene. Isso pode ser justificado, pelo fato do câncer do colo do útero ser um grande problema de saúde pública e coletiva, estando assim, entre os requisitos de aceitação. Os periódicos de enfermagem vêm demonstrando grande interesse em divulgar também, bons trabalhos acerca desta temática.

Quanto ao tipo de metodologia utilizado para construção dos artigos, todos os estudos foram construídos com dados primários, dentre estes apenas um foi relato de experiência, os demais foram abordagens qualitativas e quantitativas o que demonstra com isso, o rigor metodológico empregado pelos estudiosos da temática, como também, por serem dados obtidos da própria realidade dos usuários, dar-se maior veracidade as informações ofertadas.

Quadro 1. Caracterização do levantamento bibliográfico acerca do conhecimento de mulheres sobre a prevenção do câncer do colo do útero, no período de 2011 a 2016, Teresina-PI.

Autores/Ano	Periódico	Tema	Objetivos	Metodologia	Conclusões
CASARIN; PICOLLI (2011)	Ciência & Saúde Coletiva	Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS.	Promover educação em saúde sexual, e conhecer o perfil da saúde sexual de mulheres de Santo Ângelo/RS.	Pesquisa de campo	Conclui-se que mesmo as mulheres enfrentando dificuldades e medos, a grande maioria delas procuram o serviço de saúde para realização do exame preventivo.
MENDONÇA <i>et al.</i> (2011)	Revista Rene	Prevenção do câncer de colo uterino: Adesão de enfermeiros e usuárias da atenção primária.	Analisar a compreensão de enfermeiros e usuárias da atenção primária sobre a adesão da prevenção do câncer do colo do útero.	Estudo qualitativo	A maioria dos enfermeiros e as mulheres atendidas apresentaram um conhecimento popular bastante elaborado do conceito de prevenção. Sendo reforçadas as práticas de educação em saúde pela ESF.
NASCIMENTO; NERY; SILVA (2012)	Revista de Enferm. UERJ	Conhecimento cotidiano de mulheres sobre a prevenção do câncer do colo do útero.	Apreender as representações da prevenção do câncer de colo do útero elaboradas por mulheres, e analisar como as representações sociais influenciam na realização desse exame preventivo.	Pesquisa qualitativa	A submissão ao exame preventivo e a expectativa do resultado, fazem com que muitas mulheres se sintam influenciadas negativamente nas práticas relacionadas a prevenção do câncer cervical.
EDUARDO <i>et al.</i> (2012)	Revista Rene	Conhecimento e mudanças de comportamento de mulheres junto a fatores de risco para câncer uterino.	Identificar fatores de risco para câncer do colo do útero e verificar conhecimentos acerca destes e as mudanças adotadas a partir do conhecimento dos fatores de risco.	Estudo transversal	Verificou-se que será necessário a promoção de ações de saúde para reduzir e controlar os fatores de risco, que não depende somente de mudanças por parte das mulheres, mais de intervenções do Estado e municípios.
BORGES <i>et al.</i> (2012)	Cad. Saúde Pública	Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à realização do exame.	Estimar a cobertura do exame preventivo para câncer do colo do útero no município de Rio Branco, capital do Acre, Brasil, nos últimos três anos anteriores a pesquisa, e avaliar fatores associados à não-realização do exame.	Estudo transversal	Considerando elevados os índices de morbimortalidade por câncer do colo uterino na região, isso se deve em analisar a qualidade dos exames preventivos, e garantir a eficiência da cobertura populacional dos exames preventivos.
RODRIGUES <i>et al.</i> (2012)	Revista Brasileira de	Educação em saúde para a prevenção do	Relatar uma experiência prática em saúde acerca	Relato de experiência	Compreendeu-se a experiência de relato, como uma boa alternativa para

	Educação Médica	câncer cervico-uterino.	do tema prevenção do câncer cervico-uterino.		promover o processo de educação em saúde e a prevenção de doenças.
VIANA <i>et al.</i> (2013)	Revista de Enferm. UERJ	Formação do enfermeiro para a prevenção do câncer de colo uterino.	Analisar a formação do enfermeiro para a prevenção do câncer de colo uterino, no contexto da estratégia saúde da família e discutir os aspectos que interferem no processo de formação do enfermeiro.	Estudo qualitativo	Será necessária implementação de uma política de educação permanente bem definida, para proporcionar ao enfermeiro segurança no desenvolvimento de suas atividades privativas. Visando a promoção a saúde e prevenção da doença.
RICO; IRIART (2013)	Cad. Saúde Pública	Tem mulher, tem preventivo: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil.	Compreender os significados das práticas preventivas do câncer do colo útero entre mulheres de bairros populares de Salvador, Bahia, Brasil.	Estudo qualitativo	A prevenção do câncer uterino deveria atentar para ações cujo propósito seja não apenas a adesão, mas a participação informada por parte das mulheres, no rastreamento, no fornecimento de informações e sobre tudo no reconhecimento dos seus valores e práticas.
ANDRADE <i>et al.</i> (2013)	Ciência & saúde coletiva	Compreensão de usuárias de uma unidade de saúde da família sobre o exame Papanicolau.	Investigar a compreensão, os sentimentos e as expectativas de mulheres em relação ao exame Papanicolau.	Estudo qualitativo	Concluiu-se que para uma prática humanizada deve permitir o desenvolvimento de vínculo afetivo e de ações educativas individualizadas com as usuárias. Sendo o diálogo o principal processo de humanização no atendimento podendo gerar uma comunicação esclarecedora entre o profissional e a usuária.
SOUZA <i>et al.</i> (2013).	Revista de Enferm. UFSM	A concepção das mulheres de Mirandópolis São Paulo acerca do exame de Papanicolau	Verificar o conhecimento que as mulheres de Mirandópolis- São Paulo apresentam em relação ao o exame de Papanicolau.	Estudo quantitativo	Evidenciou que a equipe de saúde deve estar habilitada para trabalhar não apenas na técnica, mas de forma humanizada, reconhecendo as particularidades e as barreiras de acesso criadas por cada pessoa.
RIBEIRO <i>et al.</i> (2013)	Texto contexto Enferm.	Conhecimento, atitude e pratica de acadêmicas de enfermagem sobre o exame Papanicolau.	Analisar os conhecimentos, atitudes e práticas das acadêmicas de enfermagem de uma universidade pública da cidade de Picos Piauí, com relação à realização do exame ginecológico.	Estudo avaliativo	Desata-se que as acadêmicas de enfermagem, apesar de já terem ouvido falar sobre o exame de detecção precoce de neoplasias uterinas, possuem conhecimentos inadequados sobre a real finalidade, e de como proceder antes da realização do mesmo.
SANTIAGO <i>et al.</i> (2014)	Revista de Enferm. UERJ	Conhecimento e práticas de mulheres atendidas na unidade de saúde da família sobre o Papanicolau.	Descrever o conhecimento e a prática sobre o Papanicolau das mulheres entre 25 a 59 anos atendidas pela estratégia de saúde.	Estudo quantitativo	Conclui-se que as mulheres possuem prática adequada em relação ao Papanicolau, porem as mesmas desconhecem a finalidade da coleta do exame.
OLIVEIRA <i>et al.</i> (2014)	Ciência & saúde coletiva	Fatores associados a não realização do Papanicolau em mulheres quilombolas.	Estimar a prevalência de não realização do exame preventivo e avaliar fatores associados entre as mulheres quilombolas com idade entre 18 e 64 anos, residentes no município de Vitória da Conquista, Bahia.	Estudo transversal	O estudo indicou uma necessidade de reflexão no combate aos fatores que se associam à não realização do Papanicolau, procurando contemplar ações para melhorar as condições de prevenção e oferta de acesso aos serviços de saúde.
FALCÃO <i>et al.</i> (2014)	Cad. Saúde coletiva	Fatores associados a realização de citologia para prevenção de câncer do colo uterino em uma comunidade de baixa renda.	Verificar a prevalência de realização da citologia cervicovaginal e fatores associados à coleta anual do exame em uma comunidade de baixa renda.	Estudo transversal	Observou-se que as mulheres que tem trabalho remunerado e no máximo uma gestação, tem maior chance para realização do exame anualmente, tendo alta frequência de realização do exame preventivo para prevenção do câncer do colo uterino.
LEITE <i>et al.</i> (2014)	Journal of Human Growth and Development	Conhecimentos e práticas das mulheres sobre câncer do colo do útero de uma unidade básica de saúde.	Avaliar o nível de informação acerca do exame do câncer do colo do útero e sua associação com variáveis sócio demográficas em mulheres frequentadoras de uma	Estudo transversal	Concluiu-se que será de suma importância reformular as estratégias de atenção primaria para atrair as mulheres para conhecer a importância do exame preventivo ser realizado periodicamente e os principais fatores de risco do câncer do colo uterino; para assim aperfeiçoar e melhorar o atendimento e a promoção do bem

			unidade básica de saúde.		estar físico as mulheres.
OLIVEIRA <i>et al.</i> (2014)	Revista Rene	Fatores de risco e proteção à saúde de mulheres para prevenção do câncer uterino.	Investigar os fatores de risco e de proteção à saúde de mulheres que acessam serviço para prevenção do câncer de colo uterino.	Estudo quantitativo	O estudo sugeriu que as mulheres receberam pouca orientação para a realização do exame preventivo de câncer do colo do útero, quanto ao preparo para coleta e a importância do retorno para recebimento do exame.
NASCIMENTO; ARAÚJO (2014).	Revista Reme	Falta de periodicidade na realização do exame citopatológico do colo uterino: Motivações das mulheres	Conhecer as motivações de mulheres que não realizam de forma periódica o exame citopatológico do colo do útero.	Estudo qualitativo	Evidenciou no estudo que o conhecimento expressado por essas mulheres denota a necessidade de uma intervenção educativa direcionada para a importância e finalidade do exame preventivo.
AGUILAR <i>et al.</i> (2015)	Revista de saúde coletiva.	Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectiva de usuárias e profissionais da estratégia de saúde da família da cidade de Vitória da Conquista-BA.	Conhecer as barreiras que levam mulheres em idade fértil da cidade a não realizarem o exame Papanicolau na perspectiva delas próprias e dos profissionais de saúde.	Estudo qualitativo	Conclui-se que não basta garantir acesso do mesmo. Antes é necessário garantir acesso a essas informações, a fim de que sejam compreensíveis e factíveis.
SILVA <i>et al.</i> (2016).	Revista de pesquisa cuidado é fundamental	Representações sociais sobre a doença de amulheres acometidas do câncer do colo do útero.	Compreender a representação social de mulheres com câncer de colo de útero e suas implicações para o cuidado de si.	Estudo qualitativo	Concluiu-se que o câncer do colo de útero para muitas mulheres geram uma grande mudança nas suas vidas para no enfrentamento da doença.

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)

4. DISCUSSÃO

Conhecimentos das mulheres sobre a prevenção do câncer do colo do útero

Quanto ao conhecimento das mulheres sobre o exame preventivo, todas as mulheres já ouviram falar sobre o Papanicolau. Quando questionadas sobre a finalidade do citopatológico, 38 (80,9%) entrevistadas não tinham o conhecimento correto sobre o procedimento, 32 (68,1%) responderam que o exame serve para prevenir doenças de modo geral, 5 (10,7%) para tratar infecção vaginal e 1 (2,1%) não soube responder, mostrando que parcela significativa das mulheres desconhecia a real finalidade do exame que é a prevenção do câncer do colo do útero¹⁰.

Verificou-se que muitas mulheres perceberam o exame de prevenção como forma de se cuidar. Algumas demonstraram preocupação e interesse em saber suas condições de saúde. Apesar de reconhecer, no entanto, a importância da prevenção da saúde como possibilidade de uma vida saudável, algumas mulheres disseram que às vezes em que buscaram assistência foi por apresentarem o aparecimento de sintomas¹.

O fato das mulheres só procurarem atendimento quando ocorre o aparecimento de sintomas, pode indicar a falta de conhecimento das mulheres sobre as ações preventivas, uma vez que, geralmente é associado à realização do exame, com a presença de alguma normalidade. As mulheres devem ser informadas pelos profissionais de saúde a respeito das lesões precursoras do câncer do colo uterino e que estas lesões podem não apresentar sintomas, devendo o exame ser realizado com a finalidade da detecção precoce¹⁰.

Quando realizado, algumas explicações acerca do

surgimento do câncer, os fatores de risco associados, por quais motivos o exame previne e por que é realizado, há uma emancipação das usuárias, que por meio do conhecimento, deixam de ter uma atuação passiva e passam a ser sujeitas na promoção de sua própria saúde⁴.

No que se refere às representações sociais da prevenção do câncer de colo uterino, para as mulheres constituem formas de evitar doenças, bem como, possibilitar seu diagnóstico precoce. Para as mulheres, a submissão ao exame Papanicolau e a expectativa do resultado despertam sentimentos que podem influenciar negativamente nas práticas relacionadas a prevenção do câncer cervical. As mulheres reconhecem a importância do exame preventivo para a manutenção da saúde quando incorporam sua realização como dever a ser cumprido com periodicidade⁶.

Um estudo realizado¹¹ com mulheres que fizeram o exame Papanicolau independente de sintomas, algumas entrevistadas afirmaram que possuíam conhecimento sobre o câncer do colo do útero e referiram ainda que os sintomas só são percebidos no estágio avançado da doença, salientando a importância do Papanicolau para detectá-lo oportunamente.

Faz-se necessário incentivar o rastreamento do câncer do colo do útero no grupo específico de mulheres, cujas estimativas de risco estiverem positivamente associadas a não realização do exame de Papanicolau, composto, sobretudo, pelos estratos de mulheres não pertencentes a faixa etária prioritária do programa, solteiras, com menor renda e baixa escolaridade⁵.

Observa-se que as mulheres reconhecem a importância da prevenção do câncer cervical uterino para a preservação da saúde, objetivando a manutenção de uma vida saudável. Com isso, torna-se mais fácil a

adesão à prática da prevenção, especificamente, a realização do exame citológico, muito embora se admita que ter conhecimento sobre a necessidade do exame, necessariamente, não implique na sua realização⁶.

Observou-se que mesmo com a melhoria na cobertura nacional para citologia, o Brasil ainda tem altas taxas de mortalidade pela neoplasia e a maioria dos casos é detectado em estágio avançado. Tal fato poderia ser explicado pela ineficiência dos programas de rastreamento, visto que não estão sendo capazes de alcançar as mulheres de risco, as que nunca realizaram o exame ou realizaram com periodicidade inadequada, além de garantir seguimento e tratamento adequado aos casos detectados¹².

A falta de informação, o conhecimento errôneo ou insuficiente, constituem barreiras para a realização de medidas preventivas para o câncer do colo uterino. Apesar do câncer uterino apresentar altos potenciais de prevenção, por meio do rastreamento oportunístico, ainda existem mulheres que morrem por este tipo de câncer no Brasil, por desconhecer a importância de realizar o exame. Boa parte das mulheres que nunca realizou o exame possui ideias preconcebidas a respeito do mesmo; ideais estas, negativas passadas pelo entorno feminino, ou seja, por outras mulheres. Portanto essas interpretações surgem como resultados da associação entre a carência de informações veiculadas pelos serviços de saúde e o que é difundido na comunidade acerca do exame Papanicolau².

É de grande relevância realizar um levantamento sobre o conhecimento das mulheres sobre o exame Papanicolau, pois constitui fator fundamental para avaliar estratégias adotadas na prevenção. Desse modo, iniciativas devem ser tomadas reforçando a informação e a orientação como forma de recrutar a população feminina para a realização do exame preventivo¹⁰.

Muitas mulheres apesar de não terem conhecimentos adequados, mesmo assim possuem atitudes apropriadas com relação ao exame preventivo. Também se observou que as mulheres vêm buscando mais informações, no que se refere ao seu estado de saúde, na tentativa de cuidarem mais de sua saúde e buscarem a prevenção de doenças mais graves que acomete as mulheres, como é o câncer do colo do útero¹³.

Assim, o conhecimento e atitudes das mulheres deve-se a maior conscientização sobre as vantagens e os benefícios da realização periódica do exame preventivo, maior acesso às informações e os serviços de saúde prestado por parte destas mulheres. Vale ressaltar ainda, que proporções mais elevadas de conhecimentos adequados foram identificadas entre mulheres com maior escolaridade e na faixa etária igual ou abaixo de 39 anos de idade³.

Com a falta de conhecimento das mulheres sobre a finalidade do exame preventivo, a desinformação gera desinteresse e despreocupação pela prevenção do câncer do colo do útero. Quando a mulher possui conhecimentos e informações adequadas sobre o exame, torna-se possível a realização do autocuidado e mais aproximação delas com os serviços de saúde¹⁴.

Mulheres que apresentam baixa renda e baixa escolaridade, são mais vulneráveis a contrair doenças sexualmente transmissíveis, sendo também, a classe de menor acesso aos serviços de saúde, para realização do exame de Papanicolau. São ainda as que geralmente enfrentam maiores dificuldades financeiras para darem seguimento a tratamentos, bem como, pelo desconhecimento das medidas de promoção da saúde e prevenção da doença¹⁵.

Evidenciou-se, portanto, que há muitas mulheres que nunca realizaram o exame preventivo e outras que procuram o serviço de saúde somente após o surgimento de sinais e sintomas; isso demonstra a falta de conhecimento e importância dada ao exame de Papanicolau, como método de prevenção. A informação acerca do exame pode ser uma excelente ferramenta facilitadora para a melhor compreensão das mulheres, minimizando interferências e opiniões negativas sobre o exame e sua finalidade¹⁶.

Aproximação da enfermagem com a temática câncer do colo do útero

Deve-se ter em mente que o cuidado que a mulher tem consigo mesma, adentra a esfera relacional, ou seja, compreende a relação estabelecida entre ela, o serviço e os profissionais de saúde. Tal relação do profissional de saúde com a sua paciente, engloba o acesso, o acolhimento, o vínculo construído, o compartilhamento de queixas e angústias e a elaboração de condutas adequadas ao contexto de saúde da mulher, uma vez que, comumente é o enfermeiro quem realiza o exame do Papanicolau⁴.

O enfermeiro é o profissional mais ativo da equipe multiprofissional na busca do rastreamento do câncer uterino, pois, no momento do exame, é ele quem fornece informações à mulher, é quem cria espaços de acolhimento e privacidade no momento da consulta de enfermagem. Assim, esses profissionais, devem utilizar o método científico, como embasamento para identificação das situações de saúde/doença, fortalecendo dessa forma, as ações assistenciais, que possam contribuir para a prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde da mulher¹⁷.

Uma estratégia para aumentar a cobertura do exame de Papanicolau, é incentivar um vínculo estreito de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde as mulheres certamente se sentem mais familiarizadas com os profissionais e mais seguras para a realização do exame, favorecendo assim, a continuidade e efetividade de tratamento, assim como, a implementação de ações de promoção e prevenção⁸.

É fundamental que haja mecanismo por meio dos quais as mulheres se sintam motivadas a cuidar de sua saúde, e que encontrem na rede de serviços de saúde, qualidade no atendimento, profissionais de saúde capazes de suprir suas necessidades de informações, acerca da prevenção, diagnóstico e tratamento¹.

Dessa forma, torna-se de suma importância, que os profissionais de saúde assumam a responsabilidade de realizarem uma abordagem educativa com as mulheres, seja nas consultas individuais, seja nas atividades coletivas; pois, para o entendimento de todos os

aspectos que norteiam esse agravo à saúde, é preciso que haja a compreensão do processo saúde-doença que envolve o câncer uterino, bem como, a compreensão dos sentimentos da mulher em relação ao exame, da situação social, econômica e cultural das mesmas, e de como os serviços de saúde se organizam frente às demandas por este procedimento².

Assim, quando, os profissionais de saúde realizam essas atividades educativas, é notório que os conhecimentos e as vivências adquiridas nos cursos realizados, tornam-se facilitadores para a maior adesão dessas mulheres ao procedimento e melhoria na qualidade da assistência e segurança na realização do exame¹⁷.

O profissional de saúde além de oferecer orientações educativas, prevenção e informações sobre o processo de saúde-doença, deve estar fundamentado na realidade das usuárias, identificando os problemas e as necessidades dessas mulheres e os fatores que interferem o seu cuidado em saúde. Deve-se então, promover a adesão das usuárias ao processo educativo, que vai desde a coleta do material até a entrega, interpretação e manejo adequado do resultado⁷.

Dessa forma, uma importante parcela das usuárias ainda possui uma visão não muito clara dos reais objetivos do exame preventivo, remetendo aos profissionais de saúde a adotarem, práticas educativas mais condizentes com a realidade, para melhor adequar os conhecimentos das usuárias e estarem sempre atentos aos motivos que levam as mulheres a não realização do exame de Papanicolau¹³.

Um estudo realizado em Teresina, Piauí, evidenciou que as mulheres não estão sendo orientadas de maneira adequada pelos profissionais de saúde quanto ao exame preventivo de câncer de colo uterino e o combate aos fatores de risco durante a realização da assistência. E o enfermeiro, por ser o profissional que geralmente realiza tal exame, deve buscar a promoção de hábitos saudáveis e a prevenção de doenças, por meio de atividades educativas, contribuindo assim, para prática da enfermagem com qualidade e intervenções diante da realidade observada¹⁸.

A enfermagem é de suma importância para a prevenção do câncer do colo do útero como um problema de saúde pública, pois vem contribuindo para o controle da doença, por meio das ações de promoção de saúde, prevenção e detecção precoce, realizadas nos serviços de saúde, ampliando dessa forma, o conhecimento das mulheres sobre os fatores de risco, de como a doença se desenvolve e a importância da realização periódica do exame preventivo¹⁹.

O profissional de saúde atua com a responsabilidade de realizar orientações a respeito do exame preventivo, de forma que as usuárias realmente entendam todos os aspectos que estão relacionados a ele; uma vez que essa atitude contribui satisfatoriamente para a periodicidade do exame, devendo estar aptos para identificar os sentimentos que levam as mulheres a não realizarem a prevenção do câncer do colo do útero, e assim, inserirem práticas de acolhimento e estratégias que auxiliem a mulher a ver o profissional como aliado na busca de uma vida saudável¹⁴.

Vale ressaltar que na atenção básica, o enfermeiro tem oportunidade de ultrapassar o conhecimento biológico e estabelecer as relações entre o processo saúde-doença, buscando estratégias inovadoras de abordagem da clientela, para motivar as mulheres a comparecer as palestras educativas, bem como, ampliar o vínculo e o compromisso entre os profissionais de saúde e usuárias²⁰.

Portanto, evidenciou-se no presente estudo, que os profissionais de saúde devem promover e prover a educação em saúde, a humanização da assistência e a atualização desses profissionais no sentido de que estes contribuam para a melhoria do cuidado as mulheres, de modo a aumentar a adesão ao exame preventivo e contribuir para uma assistência de melhor qualidade⁷.

5. CONCLUSÃO

No que se refere ao conhecimento de mulheres sobre a prevenção do colo do útero, ficou evidenciado que uma parcela significativa de mulheres, ainda desconhece a importância e a finalidade do exame preventivo, onde consequentemente, está situação reforça os altos índices de mortalidade por essa neoplasia no Brasil, onde a maioria dos casos é detectado em estágios avançados.

Para muitas mulheres, a submissão ao exame Papanicolau e a expectativa do resultado, despertam sentimentos que podem influenciar negativamente nas práticas da prevenção. Assim, essa neoplasia carece de um olhar mais aprofundado, embora represente um problema de saúde pública, que pode ser evitado por meios de atitudes preventivas, como estratégias educativas e esclarecedoras direcionadas à população feminina.

Essas estratégias devem ser realizadas, primordialmente, por aqueles profissionais de saúde mais próximos dessas mulheres, as quais devem encontrar na rede de serviço de saúde, qualidade no atendimento e profissionais capazes de suprir a necessidade de informação da prevenção, diagnóstico e tratamento, sendo de suma importância a Estratégia de Saúde da Família (ESF) na prevenção do câncer do colo do útero.

Portanto, para melhor esclarecimento das mulheres sobre a prevenção do câncer de colo uterino, torna-se necessário o planejamento e implementação de estratégias educativas, por meio das ações de promoção e prevenção à saúde; permitindo isso, com que haja o maior envolvimento das mulheres no seu processo de saúde e doença, onde essas informações caracterizam-se como uma excelente ferramenta facilitadora, para a melhor compreensão das usuárias, minimizando, portanto, interferências negativas sobre o exame.

6. REFERÊNCIAS

- [01] Casarin MR, Piccoli JdaCE. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(9): 3925-3932.
- [02] Aguilár RP, Soares DA. Barreiras à realização do

- exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. *Physis*. 2015; 25(2): 359-379.
- [03] Leite, MF, Vitta FCFde, Carnaz L, Conti MHSde, Marta SN, Gatti MPN et al. Conhecimentos e prática das mulheres sobre câncer de colo do útero de uma unidade básica de saúde. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*. 2014; 24(2): 208-213.
- [04] Rodrigues BC, Carneiro ACMdeO, Silva TLda, Solá ACN, Melo NdeM, Schechtman MNP. Educação em Saúde para a Prevenção do Câncer Cérvico-uterino. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012; 36(1): 149-154.
- [05] Borges MFdeSO, Dotto LMG, Koifman RJ, Cunha MdeA, Muniz PT. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(6) : 1156-1166.
- [06] Nascimento LC, Nery IS, Silva AO. Conhecimento cotidiano de mulheres sobre a prevenção do câncer de colo do útero. *Rev. enferm. UERJ*. 2012; 20(4):476-80.
- [07] Andrade SSdaC, Silva FMCda, Silva MdoSSe, Oliveira SHdosS, Leite KNS, Sousa MJde. Compreensão de usuárias de uma Unidade de Saúde da Família sobre o exame Papanicolaou. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18(8): 2301-2310.
- [08] Oliveira MV, Guimarães MDC, França EB. Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014; 19(11): 4535-4544.
- [09] Mendes KDS, Silveira RCdeCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm*. 2008; 17(4): 758-764.
- [10] Santiago TR, Andrade MS; Paixão GPN. Conhecimento e prática das mulheres atendidas na unidade de saúde da família sobre o Papanicolau. *Rev enferm UERJ*. 2014; 22(6): 822-829.
- [11] Rico AM, Iriart JAB. "Tem mulher, tem preventivo": sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(9): 1763-1773.
- [12] Falcão GB, Ibiapina FLP, Feitosa HN, Feitosa TS, Lacerda PDde, Braga JU et al. Fatores associados à realização de citologia para prevenção de câncer do colo uterino em uma comunidade urbana de baixa renda. *Cad. saúde colet*. 2014; 22(2): 165-172.
- [13] Ribeiro KFC, Moura MSSde, Brandão RGC, Nicolau AIO, Aquino PdeS, Pinheiro AKB. Conhecimento, atitude e prática de acadêmicas de enfermagem sobre o exame de papanicolaou. *Texto contexto - enferm.*. 2013; 22(2): 460-467.
- [14] Nascimento RG, Araujo A. Falta de periodicidade na realização do exame citopatológico do colo uterino: motivações das mulheres. *Rev Min Enferm*. 2014; 8(3): 557-564.
- [15] Torres Eduardo KG, Moura ERF, Nogueira PSF, Costa CBJdeS, Pinheiro AKB, Silva RMda. Conhecimento e mudanças de comportamento de mulheres junto a fatores de risco para câncer de colo uterino. *Rev Rene*. 2012; 13 (5): 1045-1055.
- [16] Souza GDdaS, Oliveira RAAde, Stevanin A, Sousa MF, Almeida ECde. A concepção das mulheres de Mirandópolis-São Paulo acerca do exame de Papanicolau. *Rev. Enferm UFRM*. 2013; 3(3): 470-479.
- [17] Viana MRP, Moura MEB, Nunes BMVT, Monteiro CFdeS, Lago EC. Formação do enfermeiro para a prevenção do câncer de colo uterino. *Rev. enferm. UERJ*. 2013; 21(esp.1):624-30.
- [18] Oliveira ACde, Pessoa RS, Carvalho AMCde, Magalhães RdeLB. Fatores de risco e proteção à saúde de mulheres para prevenção do câncer uterino. *Rev. Rene*. 2014; 15 (2): 240-248.
- [19] Silva SÉDda, Vasconcelos EV, Santana MEde, Lima VLdeA, Carvalho FdaL, Mar Dayse F. Representações sociais de mulheres amazônidas sobre o exame papanicolau: implicações para a saúde da mulher. *Esc. Anna Nery*. 2008; 12(4): 685-692.
- [20] Mendonça FAdac, Sampaio LRL, Jorge RJB, Silva RMda, Linard AG, Vieira NFC. Prevenção do câncer de colo uterino: adesão de enfermeiros e usuárias da atenção primária. *Rev. Rene*. 2011; 12 (2): 261-270.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E COMORBIDADES DA SÍNDROME DE SJÖGREN: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

CLINICAL FEATURES AND COMORBIDITIES SJOGREN'S SYNDROME: A SYSTEMATIC REVIEW

REBECA PACHE¹, THAÍS DA SILVA SANTOS², JORGE JUAREZ VIEIRA TEIXEIRA³, SIMONI OBICI^{4*}

1. Acadêmica do curso de graduação em Medicina do Centro Universitário Ingá – UNINGÁ - Maringá-PR; 2. Pós-graduanda no Programa de Biociências e Fisiopatologia da Universidade Estadual de Maringá- UEM- Maringá-PR; 3. Professor Pós-Doutor, Departamento de Análises Clínicas e Biomedicina da Universidade Estadual de Maringá- UEM- Maringá-PR; 4. Doutora Ciências Farmacêuticas, farmacêutica da Secretaria de Saúde de Maringá-PR.

* Rua Aristides Lobo, nº36, Apto. 202, Vila Santo Antônio, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87.030-240. simoniobici@yahoo.com.br

Recebido em 03/02/2017. Aceito para publicação em 24/04/2017

RESUMO

A síndrome de Sjögren (SS) é uma doença que provoca manifestações específicas e sistêmicas, podendo apresentar-se de maneira isolada, ou associadas a outras doenças autoimunes. O objetivo do estudo foi realizar uma revisão sistemática sobre SS, suas principais manifestações clínicas e anticorpos pesquisados. A revisão sistemática foi realizada na base de dados LILACS. O critério de inclusão foi para trabalhos realizados na América Latina e limite de não mais de 20 anos de publicação. A SS acomete mais o sexo feminino, na faixa etária dos 40 a 50 anos. Pacientes com SS apresentaram menor número médio de dentes, maior tendência à dislipidemia e início precoce em pacientes com comprometimento dermatológico inflamatório. Não foi encontrada associação com a atividade da Artrite Reumatoide (AR), porém houve relação com o tempo de evolução da Esclerodermia. Os auto-anticorpos mais pesquisados foram FAN, FR, Anti-Ro e Anti-La, sendo estes dois últimos frequentes nos pacientes com SS primária e intimamente ligados com as manifestações clínicas. A SS também apresenta relação com fatores imunogenéticos que desempenham papel relevante no aumento da gravidade da doença e da produção de autoanticorpos.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Sjögren; Xeroftalmia; Xerostomia; Epidemiologia.

ABSTRACT

Sjogren's syndrome (SS) is an autoimmune disease, the slow and progressive character of unknown etiology. They may be in isolation, called primary SS or associated with other autoimmune diseases. This study aimed to perform a systematic review on SS, its clinical manifestations and researched antibodies. A systematic review was conducted in Lilacs database. As inclusion

criteria, the work should be carried out in Latin America and no more than 20 years of publication. The SS affects more females in the age group of 40-50 years. SS patients had a lower average number of teeth, more prone to dyslipidemia early onset in patients with inflammatory dermatological commitment, there was no association with the activity of Rheumatoid Arthritis and was compared with the time course of Scleroderma. Top searched antibodies were ANA, FR, Anti -Ro and anti-La, being these two last frequent in patients with primary SS and closely linked with the clinical manifestations. Furthermore, SS also has a relationship with immunogenetic factors that perform a relevant role in increasing the severity of disease and autoantibody production.

KEYWORDS: Sjogren's Syndrome; Xerophthalmia; Xerostomia; Epidemiology.

1. INTRODUÇÃO

A síndrome de Sjögren (SS) é uma doença autoimune crônica, de etiologia desconhecida e com caráter progressivo¹⁻³. É uma doença inflamatória sistêmica que evolui com infiltração linfoplasmocitária as glândulas exócrinas^{2, 4, 5}. Afeta ambos os sexos, porém mais prevalente no feminino com uma proporção de nove mulheres para cada homem. Todas as idades são atingidas pela SS, mas a incidência é significativa na quarta e quinta década de vida⁵⁻⁷. A prevalência na população geral difere entre os estudos, pois dependem dos critérios de classificação usada, com variações de 0,6% a 4% dos adultos⁵⁻⁸. É uma enfermidade que altera principalmente a qualidade de vida do paciente⁷.

Na SS a desordem autoimune provoca tanto manifestações específicas quanto sistêmicas. Os principais alvos da inflamação são as glândulas salivares e lacrimais, provocando a xeroftalmia e xerostomia. Outras glândulas exócrinas, incluindo as presentes no pâncreas, na mucosa do intestino, na árvore brônquica, na vagina e as glândulas sudoríparas podem também ser

afetadas^{1,9}, causando sintomas cutâneos¹⁰, musculoesqueléticos, respiratórias¹¹⁻¹³, genito-urinárias⁶, vasculares e psiquiátricas^{7,12,14}. Outro quadro importante que pode ocorrer nos pacientes com SS é o desenvolvimento de linfoma, sendo que os pacientes com SS têm risco de 44 vezes maior do que a população geral¹⁵.

Devido ao amplo espectro de manifestações clínicas o diagnóstico precoce da SS é comprometido^{1,5,16}, pois ainda não há sinal, achado clínico ou imunomarcador descrito até o momento que é aceito isoladamente, para afirmar o diagnóstico, acompanhar a evolução ou remissão da doença. O paciente com suspeita de SS precisa ser avaliado por equipe multidisciplinar composta de oftalmologistas, reumatologistas, otorrinolaringologistas e dentistas dentre outros¹⁰. O diagnóstico precoce da SS previne algumas complicações decorrentes da diminuição da função glandular (cárie, úlcera de córnea, entre outros) e manifestações extraglandulares mais graves¹⁶. Paralelo a isso, a falta de consenso das diferentes entidades e sociedades, propicia os mais diversos critérios de diagnóstico para SS^{10,17-21}. Isso pode dificultar comparações entre os estudos clínicos, principalmente em relação ao tratamento e aos dados epidemiológicos¹⁰. Portanto, maior aplicação e uniformização dos consensos diagnósticos para SS ainda são necessários²². O diagnóstico e classificação da SS, de acordo com o Consenso Americano-Europeu¹⁹, inclui avaliação de manifestações subjetivas e objetivas, presença de autoanticorpos anti-Ro ribonucleoproteína (anti-Ro/SSA) e anti proteína lúpus La (anti-La/SSB)²³.

Para o início da terapia a manifestação sistêmica da SS destaca-se a importância do diagnóstico diferencial. Diferenciação da SS com as outras doenças reumáticas como Artrite reumatoide (AR), Lúpus eritematoso sistêmico (LES), Esclerodermia e outras, pode ser problemático no início por apresentar manifestações inespecíficas (artralgias, mialgias, febre baixa e fenômeno de Raynaud). O diagnóstico diferencial também se aplica a outras doenças que afetam as glândulas exócrinas como sarcoidose, amiloidose, infecção por vírus da imunodeficiência humana e o linfoma¹⁶. O tratamento da SS é puramente sintomático, para alcançar o alívio dos sintomas, melhorar a qualidade de vida, minimizar ou evitar sequelas, pois essa doença não apresenta cura^{1,9,10,16}.

Fatores ambientais, genéticos e hormonais parecem estar envolvidos com a SS. A literatura tem descrito a frequência concomitante nos pacientes com SS infecções por vírus Epstein-Barr²⁴, vírus da hepatite C²⁵ e infecções bacterianas por *Helicobacter pylori*²⁶⁻²⁸. As deficiências de andrógenos, estrógeno e de progesterona^{29,30} também foram descritos na SS. Em relação a fatores genéticos foi descrito a associação dos genes dos HLA-DR com SS³¹. Considerando o avanço das descobertas da fisiopatologia da SS, as especulações e os pontos obscuros ainda permanecem^{09,10}.

O estudo teve como objetivo desenvolver uma revisão sistemática da literatura sobre Síndrome de Sjögren em relação ao diagnóstico laboratorial e suas manifestações clínicas, em publicações realizadas na América Latina.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Estratégia de pesquisa

A revisão sistemática foi estruturada de acordo com os critérios PRISMA³². A primeira etapa da pesquisa foi realizada na base de dados LILACS (Literatura Latino Americana e em Ciências da Saúde) por três pesquisadoras (RP, SO, TSS). A pesquisa foi restrita a publicações de 1995 a 2015, sem restrição ao idioma de publicação. A busca das publicações científicas seguiu a estratégia a seguir: identificação dos descritores mais representativos pelas pesquisadoras para a combinação de três blocos: Bloco 1: "Síndrome de Sjögren", Bloco 2: "Xerostomia" OR "Xeroftalmia" Bloco 3: "and not Relatos de casos". O sistema de busca Google Acadêmico foi utilizado para identificação de publicações por meio do termo livre Síndrome de Sjögren. Para recuperar possíveis artigos não encontrados na pesquisa inicial foram consultadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados.

Critérios de seleção dos artigos: inclusão e exclusão

Após a leitura dos títulos e resumos, várias reuniões ocorreram entre os pesquisadores para validação por consenso das publicações (RP, SO, TSS). Foram incluídos todos os artigos científicos sobre síndrome de Sjögren, primária ou secundária, que descrevessem suas manifestações clínicas e/ou anticorpos obtidos em formato de texto completo PDF realizados na América Latina. A exclusão se limitou aos artigos de revisão, editoriais, cartas ao editor, relatos de caso, estudos comparativos e citações. Somado a isso, excluíram-se os estudos cuja população não pertencia a América Latina ou possuía mais de 20 anos de publicação.

Extração de dados

A extração dos dados foi realizada de forma independente (RP, SO, TSS) e analisadas por consenso. As informações extraídas foram para compor as tabelas foram: autores; ano de publicação; país de realização do estudo; desenho do estudo; número total de pacientes e número de pacientes com síndrome de Sjögren; síndrome de Sjögren primária ou secundária; idade média dos pacientes; sexo; tempo médio de duração da síndrome; principais achados; manifestações clínicas e principais anticorpos/exames pesquisados.

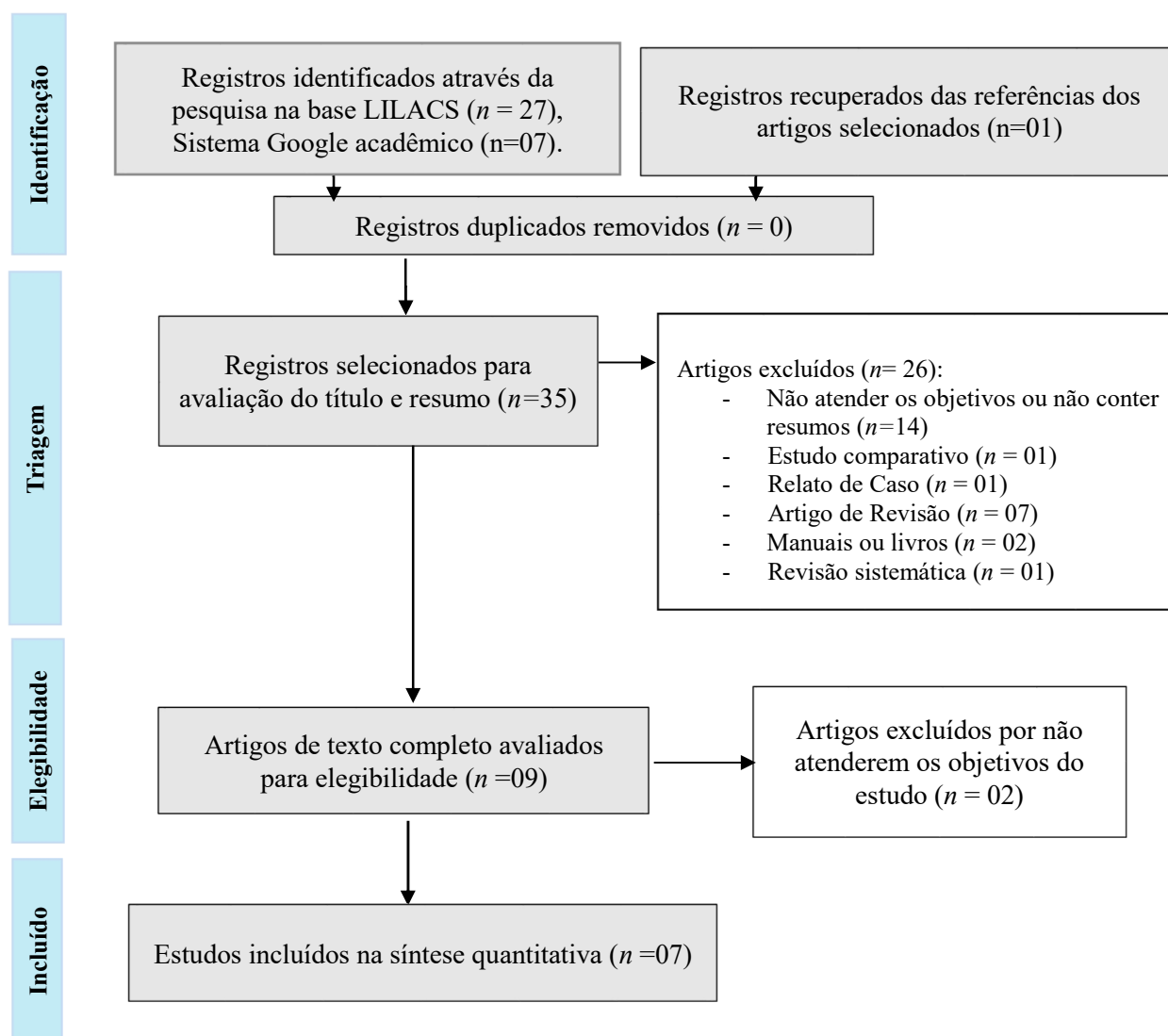


Figura 1. Fluxograma de informações de revisão sistemática nas suas diferentes fases.

3. DESENVOLVIMENTO

A base de dados LILACS possibilitou a identificação de 27 publicações, enquanto o sistema de busca Google Scholar e as referências bibliográficas dos artigos selecionados permitiram a identificação de 08 publicações. Após a aplicação dos critérios de seleção foram selecionados 07 artigos para o estudo. A Figura 1 disponibiliza a estrutura e organização do fluxo dos estudos envolvidos na pesquisa.

Os estudos foram publicados entre os anos de 1998 e 2011, sendo três realizados no Brasil^{33,34,35}, e dois na Venezuela^{36,37} e dois na Colômbia^{31,38}. Dos estudos selecionados, três apresentaram desenhos de caso-controle^{31,34,36}, dois de transversal observacional^{33,35}, um descritivo³⁷ e um de coorte³⁸. O número de indivíduos com síndrome de Sjögren variou de 5 a 95, e a maioria dos estudos ocorreu com indivíduos com SS

primária^{31,34,36-38}. A maioria dos pacientes envolvidos era do sexo feminino e apresentava idade média acima dos 46 anos. Apenas dois estudos descreveram o tempo de duração da SS, que variou de 5,7 a 6,7 anos^{31,38}. Os achados mostraram que a idade de início da síndrome de Sjögren primária foi mais precoce em indivíduos com comprometimento dermatológico inflamatório. Quando avaliado a dislipidemia, observou-se que sua presença na SS está relacionada com a taxa de sedimentação eritrocitária e de outros marcadores laboratoriais da doença e inflamação. Ao realizar análise bucal, observou-se que indivíduos com SS apresentavam menor número médio de dentes que os indivíduos saudáveis. Somado a isso, também possuíam maior comprometimento com áreas da gengiva e placas dentárias. Em relação a SS secundária, não houve associação entre sua presença e

Tabela 1- Características dos estudos incluídos na revisão sistemática sobre Síndrome de Sjögren.

Autor (ano)	País	Desenho	Nº total de pacientes	Nº de pacientes SS	SS 1 ² /2 ^a	IM (DP) anos	Sexo (%)	DM (DP) SS em anos	Principais achados
Arias et al. (1998)	VEN	D	54	48	1 ^a	46 (NR)	M: 04% F: 96%	NR	A população de paciente apresentou uma variedade de manifestações extraglandulares, com destaque para a frequência de aumento do volume parótida e maior relato de lesões glomerulares. Estes resultados sugerem a existência de um próprio terreno genético e fatores ambientais que podem modular a expressão clínica da doença.
Anaya et al. (1999)	COL	CCTM	150	74	1 ^o	49,6 (1,5)	M: 03% F: 97%	5,7 (0,6)	Encontrou-se associação do HLA-DRB1*0301-DQB1*0201 (OR: 4,3; IC 95%: 1,6-12 p=0,002) com a doença e sua gravidade (OR: 15,5; IC 95%: 1,8-129 p=0,001), e o papel protetor do HLA-DQB1*0602 (OR: 0,3; IC 95%: 0,2 -0,8, p=0,01).
Anaya et al. (2003)	COL	C	95	95	1 ^a	50 (1,4)	M: 2% F: 98%	6,7 (0,6)	O comprometimento dermatológico na SS é frequentemente observado em pacientes jovens e no início da doença.
Escalona L, Rivera H. (2004)	VEN	CC	13	07	1 ² /2 ^a	54,8 (10)	F: 100%	NR	Pacientes com SS têm menor número médio de dentes do que o grupo controle (p <0,05). Os índices de placa e gengival foram maiores nos pacientes com SS (p <0,05).
Cruz et al. (2010)	BRA	CCT	138	73	1 ^a	56, (13,)	M: 4% F: 96%	NR	A presença de dislipidemia em SS foi associada com o aumento da taxa de sedimentação de eritrocitária (p= 0,03), mas não com outros marcadores laboratoriais da doença e inflamação.
Corrêa et al. (2011)	BRA	TO	48	05	2 ^a	47,6 (13,2)	M: 10% F: 90%	NR	Houve significância entre o tempo de evolução da Esclerodermia e a presença de SS (p=0,0166).
Antero et al. (2011)	BRA	TO	82	20	2 ^a	51,8 (10)	M: 13% F: 87%	NR	Não houve associação entre a presença SS secundária e atividade (p=0,31) e duração da Artrite Reumatoide (p=0,95)

Legenda: SS: síndrome de Sjögren; VEN: Venezuela; COL: Colômbia; BRA: Brasil; D: Descritivo; CCTM: Caso-controle transversal multicêntrico; C: Coorte; CC: Caso-controle; CCT: Caso-controle transversal; TO: Transversal observacional; M: Masculino; F: Feminino; IM: Idade média; DM: Duração média; DP: Desvio Padrão NR: Não relatado; SS: Síndrome de Sjögren primária.

a atividade e a duração da Artrite reumatoide. No entanto, houve significância entre o tempo de evolução na Esclerodermia (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra os principais anticorpos pesquisados na síndrome de Sjögren. Os anticorpos com maior frequência foram FR, FAN, Anti-Ro e os menos frequentes Anti-La e anti-ribonucleoproteínas (Anti-RNP).

A Tabela 3 destaca as principais manifestações clínicas apresentadas pelos indivíduos dos estudos, destacando-se a diversidade de manifestações em diferentes sistemas.

4. DISCUSSÃO

A síndrome de Sjögren na forma secundária é mais frequente, podendo ocorrer conjuntamente com doenças do tecido conjuntivo ou outras doenças reumáticas^{5,9,16}. Nos artigos selecionados, a média de idade dos pacientes foi maior que 46 anos e mais frequente em mulheres, A síndrome pode estar presente em qualquer idade, porém, tem maior incidência entre indivíduos na quarta e quinta década de vida⁵⁻⁷. Essa frequência do sexo feminino e também o início tardio da SS proporcionou a especulação de que dos hormônios sexuais poderiam desempenhar algum papel na etiologia da síndrome³⁹. Disfunção hormonal, principalmente deficiência de

andrógenos, estrogênio e progesterona já foram descritos na SS^{29,30}.

O comprometimento odontológico dos pacientes é um dos problemas ocasionados pela SS. A xerostomia, também conhecida como boca seca, sialorréia ou hipossalivação, são caracterizadas pela diminuição da secreção salivar^{36,40}. A saliva tem grande participação na saúde bucal, assim, a diminuição da secreção salivar em pacientes com a SS tem um grande impacto na saúde oral devido a perda da lubrificação das mucosas (mucosites), diminuição da capacidade antimicrobiana da saliva, com predisposição de infecções oportunistas locais (cáries, periodontites, infecções fúngicas)^{41,42}. Outras importantes consequências resultam na dificuldade em deglutir os alimentos, na fala, mudanças de sensação de paladar e uso de próteses^{10,42}.

Há algum tempo evidências estabeleceram que algumas doenças reumáticas, como AR e LES, se apresentavam como fatores de risco independentes envolvidas com a aceleração dos processos vasculares que levavam ao desenvolvimento da aterosclerose⁴³⁻⁴⁶ com consequente mortalidade cardiovascular^{47,48}. Devido à semelhança do SS com essas doenças (AR e LES), caracterizadas pela autoimunidade e inflamação crônica sistêmica, buscou-se conhecer se existe relação da SS com doenças cardiovasculares⁴⁹.

Ainda há uma lacuna sobre a produção de dados que sustentem a associação da SS primária com aterosclerose avançada⁴³, mas alterações relacionadas

com manifestações subclínicas da aterosclerose,

Tabela 2- Distribuição dos anticorpos pesquisados em pacientes com síndrome de Sjögren nos estudos incluídos na revisão sistemática.

Autor (ano)	FR (n%)	FAN (n%)	Anti-Ro (n%)	Anti-La (n%)	Anti-RNP (n%)
Arias et al. (1998)	48 (89%)	46 (85%)	20 (37%)	17 (31%)	03 (6%)
Anaya et al. (1999)	(50%)	(85%)	(58%)	(39%)	02
Anaya et al. (2003)	CDI: 10 (63%) SCDI: 39 (62%)	CDI: 20 (100%)	CDI: 14 (74%) SCDI: 52 (70%)	CDI: 06 (32%) SCDI: 27 (36%)	NR
Cruz et. al. (2010)	DL: (66.07%) NL: (52.94%)	DL: (69.64%) NL: (82.35%)	DL: (75.00%) NL: (70.59%)	DL: (41.07%) NL: (35.29%)	NR
Corrêa et al. (2011)	NR	04 (80)	01 (20%)	01	01 (20%)
Antero et al. (2011)	14 (70%)	06 (30%)	NR	NR	NR

Legenda: NR: Não relatado; FR: Fator reumatoide; FAN: Fator antinuclear; Anti-Ro: Anticorpos anti Ro ribonucleoproteína ; Anti-La: Anticorpos anti lupus La proteína ; Anti-RNP: anti- ribonucleoproteínas ; CDI: Comprometimento dermatológico inflamatório; SCDI: Sem Comprometimento dermatológico inflamatório; DL: Dislipidêmico; NL: Normolipidêmico

semelhantes aos observados em LES e AR, também foram encontradas em SS primária^{49,50}. Cruz e colaboradores (2010)³⁴ não encontraram diferença estatística no perfil lipídico ($p=0,06$), mas encontraram uma tendência de maior prevalência de dislipidemia nos pacientes com SS primária que nos controles e maiores níveis de taxa de sedimentação eritrocitária e proteína C reativa. Outros estudos encontraram menor nível de colesterol total e HDL em pacientes com SS primária⁵⁰, enquanto Vaudo e colaboradores (2005)⁴⁹ apresentaram apenas reduzidos os níveis de HDL. Portanto, essa similitude entre SS e outras doenças inflamatórias sistêmicas, como AR e LES, ressalta a importância de uma avaliação do perfil lipídico nesses pacientes, para direcionar a melhor estratégia possível e para prevenção de futuros eventos cardiovasculares³⁴.

O comprometimento de lesões de pele na síndrome de Sjögren é comum⁵¹, pois os dois tipos de glândulas exócrinas da pele, sebáceas e sudoríparas, podem ser afetados. Assim, pacientes com SS apresentam principalmente pele ressecada, frequentemente associada a prurido⁵². As manifestações dermatológicas variam de pele ressecada a complicações como vasculites⁵¹. A frequência de doença inflamatória é estimada entre 20% e 30%⁵³. As manifestações dermatológicas nos pacientes com SS primária podem ser divididas em dois tipos: as inflamatórias e não inflamatórias. As inflamatórias possuem comprometimento vascular, incluindo fenômenos vasoespásticos (fenômeno de Raynaud), vasculites e lesões cutâneas (púrpura, urticária vasculítica, petéquias, úlceras digitais e outros)^{54,55}. Anaya e colaboradores (2003)³⁸ mostraram que 21% dos pacientes apresentavam comprometimento dermatológico inflamatório (CDI), em que a púrpura foi a lesão mais observada. Outros autores relatam manifestações cutâneas, e observaram que a prevalência da pele ressecada ocorreu em 56% dos pacientes durante o seguimento médio de 09 anos⁵⁶.

Outro estudo descreveu que 42 dos 62 pacientes tinham secura cutânea e 17% com SS primária apresentaram púrpura sem trombocitopenia⁵⁷. Xerose e vasculite cutâneas são mais frequentes na SS primária do que na SS secundária sendo que dos 30,6% com vasculite cutânea na SS primária, 84% manifestaram púrpura papável⁵⁸. Na SS, as manifestações cutâneas podem anteceder outras complicações graves, sendo necessário um cuidado especial com esse tipo de manifestação na SS⁵⁹.

Outra relação importante parece estar envolvida entre a síndrome de Sjögren e doença autoimune (síndrome de Sjögren secundária), Antero e colaboradores (2011)³⁵ pesquisaram a relação entre a presença da SS a atividade e duração da AR e relataram que grande número de pacientes com AR apresentavam o sintoma de secura ocular, porém apenas 24% deles se encaixavam nos critérios da SS. A AR apresenta um maior risco no desenvolvimento de outras doenças, em algumas dessas com aumento da gravidade ou duração da doença, no entanto, isto não está totalmente esclarecida na SS secundária. A relação da SS com a AR é comum, cerca de 10% de presença no início da AR e relacionado com pior prognóstico, com destaque para o comprometimento funcional e mortalidade. A prevalência concomitante da SS e AR possui uma variação de 4% a 31%, devido divergência na classificação da SS secundária, duração da doença e região geográfica^{5,60}. Carmona e colegas (2003)⁶¹ encontraram prevalência acumulativa da SS secundária na AR de 17% com duração de 10 anos da doença. Um estudo norueguês⁶² não conseguiu confirmar esta relação com a duração da doença, mas estudo no Reino Unido confirmou a presença da duração da doença com AR⁶⁰.

A associação da esclerodermia com SS é menos conhecida³³, com a prevalência variando 14% a 20,5%⁵. Córrea e colaboradores (2011)³³ observaram a prevalência da SS em pacientes com esclerodermia e encontraram associação significativa entre o tempo de

evolução da esclerodermia e a presença da SS. A prevalência de SS nos pacientes com esclerodermia foi

10,6%, e não houve relação entre a presença dos anticorpos (FAN, anti-Scl70, anticentrômero, anti-RNP

Tabela 3- Distribuição das principais manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes com síndrome de Sjögren.

Manifestação/Autor	Arias et al. (1998)	Anaya et al. (1999)	Anaya et al. (2003)	Corrêa et al. (2011)
Manifestações oculares	24 (44%)	43 (58%) *	NR	NR
Manifestações orais	GP: 28 (52%) GSM: 13 (24%)	43 (58%) * GP: 8 (11%)	NR	MI: 02 (40%)
Manifestações musculoesqueléticas	AT: 47 (87%) MIO: 07 (12%)	AR: 06 (08%) AT: 05 (07%)	AT: 07 (35%) ¥ 17 (23%); AR: 09 (45) ¥ 32 (43%)	AT: 01 (20%) AR: 03 (60%) MIO: 01 (20%) MIA: 01 (20%)
Manifestações genito-urinárias	TU: 10 (18%)	ATRT2: 01 (1,3%)	NR	NR
Manifestações do trato-gastrointestinal	TGI: 11 (20%)	NR	NR	ES: 03 (60%)
Manifestações vasculares	LIN: 21 (38%)	FR: 05 (6,7%) (31%) **; LEU: (17%) ** VL: 01 (1,3%)	FR: 07(37%) ¥ 18 (24%); OV: 07 (35%) ¥	FR: 04 (80%); UD: 01 (20%)
Manifestações respiratórias	16 (30%)	NR	NR	FP: 11 (22,9); HP: 04 (8,3%)
Manifestações cutâneas	18 (33%)	UV: 02 (2,7%) PH: 01 (1,3%) PTA: 01 (1,3%)	PH: 07 (35%) ¥ UV: 06 (30%) ¥	CE: 01 (20%)
Manifestações neurológicas	09(16%)	STC: 01 (1,3%)	04 (20%) ¥ 07 (09%)	NR
Manifestações endócrinas (Tireoide)	14 (26%)	(22%) **	07 (37%) ¥ 18 (25%)	NR

Legendas: NR: Não relatado; GP: Glândula parótida; GSM: Glândula Submaxilar; MI: Microstomia; AT: Artrite; AR: Artralgia; MIO: Miosite; MIA: Mialgia; TU: Trato Urinário; ATRT2: Acidose Tubular Renal Tipo 2; TGI: Trato Gastrointestinal; ES: Esôfago; LIN: Linfadenopatia; FR: Fenômeno de Reynaud; UD: Úlceras digitais; VL: Vasculite Linfocítica; OV: Outras vasculites; FP: Fibrose pulmonar; HP: Hipertensão pulmonar; CE: Cicatrizes Estelares; PH: Púrpura Hipergamaglobulinemia; PTA: Púrpura Trombocitopenica autoimune; LEU: Leucopenia; UV: Urticaria vasculítica; STC: Síndrome do Túnel do Carpo; *Não há distinção entre os sintomas secos (Xerostomia e Xeroftalmia). **Durante o transcurso da doença ¥ Comprometimento Dermatológico inflamatório.

e anti-RO) nas duas doenças. Avouac e colaboradores (2006)⁶³ encontraram 14% dos pacientes com esclerodermia na forma cutânea limitada associada com SS e relação significativa com a presença de anticorpos anticentrômero, tanto no grupo com e sem síndrome seca. Outro trabalho também relata essa associação da esclerodermia na forma cutânea limitada associada com SS e relatam que a esclerodermia parece ser menos grave em pacientes, quando associados a SS e com uma menor frequência de fibrose pulmonar. No entanto, apresentou maior propensão à presença de outra doença autoimune ⁶⁴.

Nos artigos selecionados, os anticorpos mais pesquisados foram FR, FAN, Anti-Ro Anti-La e Anti-RNP sendo que a frequência desses anticorpos é bem relatada em outros trabalhos ^{65,66}. Cruz e colaboradores (2010)³⁴ compararam os marcadores laboratoriais FAN, FR, anti-Ro, anti-La, hipergamaglobulinemia e proteína C reativa e seus dados mostraram que pacientes com SS primária associados à dislipidemia apresentavam esses reagentes mais elevados na fase aguda quando comparados a pacientes com SS primária normolipidêmicos. Harley e colaboradores (1986)⁶⁵ analisaram a sorologia relativa à causa primária ou

secundária de SS e observaram que anti-Ro (SSA) e anti-La (SSB) eram muito mais frequente nos pacientes com SS primária do que na SS secundária, e que FR e FAN eram mais frequentes na SS secundária⁶⁵. Anaya et al. (1999)³¹ encontraram na população colombiana títulos de anti-Ro associados com as manifestações musculoesqueléticas e dermatológicas. Os achados também demonstraram correlação entre os títulos anti-Ro e anti-La. Estudo norte-americano identificou os níveis elevados de anticorpos anti-Ro e anti-La em pacientes com SS em manifestações como púrpura, leucopenia, linfopenia e hipergamaglobulinemia, e associação forte entre os anticorpos anti-Ro e anti-La⁶⁵. Borg e colaboradores (2011)⁶⁶ descreveram que o número de auto-anticorpos estava correlacionado com o número total de manifestações extraglandular, principalmente correlacionado com anti-Ro.

Fatores imunogenéticos são bem descritos para a enfermidade da SS. Estudos de alelos de susceptibilidade de HLA são importantes na SS primária, sendo que apresentação de antígenos está ligada na regulação das células T e na especificidade do anticorpo. Além disso, a associação entre HLA de classe II e a SS pode ser esclarecido em seus aspectos

funcionais e biológicos por meio da identificação dos peptídeos que se conectam com os alelos de HLA. Os principais alelos descritos na literatura que aumentam o risco são os HLA-DQA1*05:01, HLA-DQB1*02:01 e HLA-DRB1*03:01 e os alelos associados com proteção são os HLA-DQA1*02:01, HLA-DQA1*03:01, HLA-DQB1*05:01⁶⁷. Anaya e colaboradores (1999)³¹ descreveram os haplótipos HLA-DRB 1*03:01, DRB3*01:01, DQB1*02:01 correlacionados a SS associados a gravidade da enfermidade e aumento dos títulos de anti-Ro e anti-La. O haplótipo HLADQB1*06:02 se mostrou como um fator de proteção. Dados semelhantes foram relatados entre a população norte-americana, italiana e chinesa^{65,68,69}.

5. CONCLUSÃO

Os achados permitem concluir que a síndrome de Sjögren é mais prevalente entre as mulheres na quarta a quinta década de vida. As manifestações clínicas mais prevalentes como a xerofthalmia e xerostomia trazem muitos incômodos para os pacientes e prejuízo na qualidade de vida, podendo ocasionar complicações odontológicas e dermatológicas. Além disso, o caráter autoimune e inflamatório crônico da SS podem agravar ainda mais a vida de seus portadores pela possível associação com doenças cardiovasculares. A associação da SS com outras doenças autoimunes, a SS secundária, parece também indicar pior prognóstico, com aumento da duração da doença e até mortalidade. Os autoanticorpos anti-Ro (SSA) e anti-La (SSB) são frequentes nos pacientes com SS primária e estão intimamente ligados com as manifestações clínicas. Fatores imunogenéticos também são descritos na SS, demonstrando relação com o aumento da gravidade da doença e da produção de autoanticorpos.

6. REFERÊNCIAS

- [1]. Santos LAM, Barbalho JCM, De Bortoli MM, Amaral MX, Vasconcelos BC do E. Síndrome de Sjogren Primária - relato de caso. *Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2013;13(2):63-8.
- [2]. Anaya J, Talal N. Sjögren's syndrome and connective tissue diseases associated with other immunologic disorders. In: Koopman W, editor. *Arthritis and allied conditions*. 13th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 1997. p. 1561-80.
- [3]. Delaleu N, Jonsson M, Appel S, Jonsson R. New Concepts in the Pathogenesis of Sjögren's Syndrome. 2008;34(5021):833-45.
- [4]. Rehman H. Sjögren's Syndrome. *Yonsei Med J.* 2003;44(6):947-54.
- [5]. Patel R, Shahane A. The epidemiology of Sjögren's syndrome. *Clin Epidemiol* 2014;6:247-55.
- [6]. Jonsson R, Haga H-J, Gordon T. Sjögren's syndrome. In: Koopman W, editor. *Arthritis and Allied Conditions: a Textbook of Rheumatology*. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 1736-59.
- [7]. Thomas E, Hay EM, Hajeer A, Silman J. Sjögren's syndrome: a community-based study of prevalence and impact. *Br J Rheumatol.* 1998;37(10):1069-76.
- [8]. Dafni UG, Tzioufas AG, Staikos P, Skopouli FN, Moutsopoulos HM. Prevalence of Sjögren's syndrome in a closed rural community. *Ann Rheum Dis.* 1997;56(9):521-5.
- [9]. Jonsson R, Moen K, Vestrheim D, Szodoray P. Current issues in Sjögren's syndrome. *Oral Dis.* 2002;8(3):130-40.
- [10]. Felberg S, Dantas PEC. Diagnóstico e tratamento da síndrome de Sjögren. *Arq Bras Oftalmol.* 2006;69(6):959-63.
- [11]. Calabrese LH, Davis ME, Wilke WS. Chronic fatigue syndrome and a disorder resembling Sjogren's syndrome: Preliminary report. *Clin Infect Dis.* 1994;18(Supplement 1):S28-31.
- [12]. Vitali C, Tavoni A, Neri R, Castrogiovanni P, Pasero G, Bombardieri S. Fibromyalgia features in patients with primary Sjögren's syndrome: evidence of a relationship with psychological depression. *Scand J Rheumatol.* 1989;18(1):21-7.
- [13]. Nishikai M, Akiya K, Tojo T, Onoda N, Tani M, Shimizu K. "Seronegative" Sjögren's Syndrome Manifested as a subset of Chronic Fatigue Syndrome. *Br Soc Rheumatology.* 1996;35(5):471-4.
- [14]. Kelly CA, Foster H, Pal B, Gardiner P, Malcolm AJ, Charles P, et al. Primary Sjögren's syndrome in North East England-a longitudinal study. *Br Soc Rheumatology.* 1991;30(6):437-42.
- [15]. Mahoney EJ, Spiegel JH. Sjögren's disease. *Otolaryngol Clin North Am.* 2003;36(4):733-45.
- [16]. Kassan S, Moutsopoulos H. Clinical manifestations and early diagnosis of sjögren syndrome. *Arch Intern Med.* 2004;164(12):1275-84.
- [17]. Daniels TE, Whitcher JP. Association of patterns of labial salivary gland inflammation with keratoconjunctivitis sicca. *Arthritis Rheum.* 1994;37(6):869-77.
- [18]. Fox RI, Robinson CA, Curd JG, Kozin F, Howelly F V. Sjögren's syndrome. Proposed criteria for classification. *Arthritis Rheum.* 1986;29(5):577-85.
- [19]. Vitali C, Bombardieri S, Jonsson R, Moutsopoulos HM, Alexander EL, Carsons SE, et al. Classification criteria for Sjögren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. *Ann Rheum Dis.* 2002;61(6):554-8.
- [20]. Vitali C, Bootsma H, Bowman SJ, Dörner T, Gottenberg J-E, Mariette X, et al. Classification criteria for Sjögren's syndrome: we actually need to definitively resolve the long debate on the issue. *Ann Rheum Dis.* 2013;72(4):476-8.
- [21]. Vitali C, Moutsopoulos HM, Bombardieri S. The European Community Study Group on diagnostic criteria for Sjögren's syndrome. *Ann Rheum Dis.* 1994;53(10):637-47.
- [22]. Silva, CSR; Sauma, MFLC. Síndrome de Sjögren: estudo clínico epidemiológico. *Rev. para. Med.* 2013; 27(2):71-76.
- [23]. Bournia VK, Vlachoyiannopoulos PG. Subgroups of Sjögren syndrome patients according to serological profiles. *J Autoimmun.* 2012;39(1-2):15-26.
- [24]. Saito I, Servenius B, Compton T, Fox RI. Detection of Epstein-Barr virus DNA by polymerase chain reaction in blood and tissue biopsies from patients with Sjogren's syndrome. *J Exp Med.* 1989;169(6):2191-8.
- [25]. García-Carrasco M, Ramos M, Cervera R, Font J, Vidal J, Muñoz FJ, et al. Hepatitis C virus infection in "primary" Sjögren's syndrome: prevalence and clinical

- significance in a series of 90 patients. *Ann Rheum Dis.* 1997;56(3):173–5.
- [26]. Aragona P, Magazzu G, Macchia G, Bartolone S, Di Pasquale G, Vitali C, et al. Presence of antibodies against *Helicobacter pylori* and its heat-shock protein 60 in the serum of patients with Sjogren's syndrome. *J Rheumatol.* 1999;26(6):1306–11.
- [27]. El Miedany YM, Baddour M, Ahmed I, Fahmy H. Sjogren's syndrome: concomitant *H. pylori* infection and possible correlation with clinical parameters. *Jt Bone Spine.* 2005;72(2):135–41.
- [28]. Smyk DS, Koutsoumpas AL, Mytilinaiou MG, Rigopoulou EI, Sakkas LI, Bogdanos DP. *Helicobacter pylori* and autoimmune disease: cause or bystander. *World J Gastroenterol.* 2014;20(3):613–29.
- [29]. Hansen A, Lipsky PE, Dorner T. New concepts in the pathogenesis of Sjogren syndrome: many questions, fewer answers. *Curr Opin Rheumatol.* 2003;15(5):563–70.
- [30]. Hayashi Y, Arakaki R, Ishimaru N. Apoptosis and estrogen deficiency in primary Sjögren syndrome. *Curr Opin Rheumatol.* 2004;16(5):522–6.
- [31]. Anaya J, Correa P, Mantilla R. Síndrome de Sjögren primario. Características clínicas e inmunogenéticas. *Acta Med Colomb.* 1999;24(4):127–36.
- [32]. Beller EM, Glasziou PP, Altman DG, Hopewell S, Bastian H, Chalmers I, et al. PRISMA for Abstracts: Reporting Systematic Reviews in Journal and Conference Abstracts. *PLoS Med.* 2013;10(4):e1001419.
- [33]. Côrrea BR, Luy LJS, Skare TL. Prevalência da síndrome de sjogren secundária em pacientes com esclerodermia. *Rev Eletr da Fac Evang do PR.* 2011;1(1):31–42.
- [34]. Cruz W, Fialho S, Morato E, Castro G, Zimmermann A, Ribeiro G, et al. Is there a link between inflammation and abnormal lipoprotein profile in Sjögren's syndrome? *Jt Bone Spine.* 2010;77(3):229–31.
- [35]. Antero DC, Parra AGM, Miyazaki FH, Gehlen M, Skare TL. Secondary Sjögren's syndrome and disease activity of rheumatoid arthritis. *Rev Assoc Med Bras.* 2011;57(3):319–22.
- [36]. Escalona L, Rivera H. Evaluación Inicial de Índices Periodontales en Pacientes Diagnosticados con Síndrome de Sjögren. *Acta Odontol Venez.* 2004;42(1):29–33.
- [37]. Arias I, Cornejo OE, Colebotta A, Rodriguez MA. Síndrome de Sjögren primario. Estudio de una población de pacientes del Hospital Universitario de Caracas, Venezuela. *Invest Clin.* 1998;39(3):199–212.
- [38]. Anaya JM, Restrepo C, Díaz LA, Cadena J, Gutiérrez J, Mantilla RD. Compromiso dermatológico inflamatorio en pacientes con Síndrome de Sjögren Dermatologie inflammatory compromise in patients with Sjögren Syndrome. *Acta Med Colomb.* 2003;28(4):185–9.
- [39]. Laine M, Porola P, Uddy L, Kjeldsen L, Cowland JB, Borregaard N, et al. Low Salivary Dehydroepiandrosterone and Androgen-Regulated Cysteine-Rich Secretory Protein 3 Levels in Sjögren's Syndrome. *Arthritis Rheum.* 2007;56(8):2575–84.
- [40]. Macfarlane TW, Mason DK. Changes in the oral flora in Sjogren's syndrome. *J clin Path.* 1974;27:416–9.
- [41]. Peri Y, Agmon-Levin N, Theodor E, Shoenfeld Y. Sjögren's syndrome, the old and the new. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2012;26(1):105–17.
- [42]. Sutcliffe N. Sjögren's Syndrome. *Medicine.* 2006; 34(11):476–79
- [43]. Shoenfeld Y, Gerli R, Doria A, Matsuura E, Cerinic MM, Ronda N, et al. Accelerated atherosclerosis in autoimmune rheumatic diseases. *Circulation.* 2005;112(21):3337–47.
- [44]. Van Doornum S, McColl G, Wicks IP. Accelerated atherosclerosis: An extraarticular feature of rheumatoid arthritis? *Arthritis Rheum.* 2002 Apr 1;46(4):862–73.
- [45]. Roman MJ, Shanker B-A, Davis A, Lockshin MD, Sammaritano L, Simantov R, et al. Prevalence and correlates of accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med.* 2003;349(25):2399–406.
- [46]. Gorman C, Isenberg D. Atherosclerosis and lupus. *Rheumatol.* 2004;43 (8):943–5.
- [47]. Maradit-Kremers H, Crowson CS, Nicola PJ, Ballman K V, Roger VL, Jacobsen SJ, et al. Increased unrecognized coronary heart disease and sudden deaths in rheumatoid arthritis: A population-based cohort study. *Arthritis Rheum.* 2005 Feb 1;52(2):402–11.
- [48]. Solomon DH, Karlson EW, Rimm EB, Cannuscio CC, Mandl LA, Manson JE, et al. Cardiovascular Morbidity and Mortality in Women Diagnosed With Rheumatoid Arthritis. *Circ.* 2003;107(9):1303–7.
- [49]. Vaudo G, Bocci EB, Shoenfeld Y, Schillaci G, Wu R, Del Papa N, et al. Precocious intima-media thickening in patients with primary Sjögren's syndrome. *Arthritis Rheum.* 2005;52(12):3890–7.
- [50]. Lodde BM, Sankar V, Kok MR, Leakan R a, Tak PP, Pillemer SR. Serum lipid levels in Sjögren's syndrome. *Rheumatology.* 2006;45(4):481–4.
- [51]. Fox RI, Liu AY. Sjögren's syndrome in dermatology. *Clin Dermatol.* 2006;24(5):393–413.
- [52]. Roguedas A-M, Youinou P, Lemasson G, Pennec Y-L, Misery L. Primary Gougerot-Sjogren syndrome: a dermatological approach. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006;20(3):243–7.
- [53]. Bjerrum K, Prause JU. Primary Sjogren's syndrome: a subjective description of the disease. *Clin Exp Rheumatol.* 1990;8(3):283–8.
- [54]. Provost TT, Watson R. Cutaneous manifestations of Sjogren's syndrome. *Rheum Dis Clin North Am.* 1992;18(3):609–16.
- [55]. Provost TT, Watson R. Mucocutaneous manifestations of Sjögren's syndrome. In: Sontheimer RD, Provost TT, editors. *Cutaneous manifestations of rheumatic diseases.* Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 157–69.
- [56]. Markusse HM, Oudkerk M, Vroom TM, Breedveld FC. Primary Sjogren's syndrome: clinical spectrum and mode of presentation based on an analysis of 50 patients selected from a department of rheumatology. *Neth J Med.* 1992 Apr;40(3-4):125–34.
- [57]. Bloch KJ, Buchanan WW, Wohl MJ, Bunim JJ. Sjogren's Syndrome: A Clinical, Pathological, and Serological Study of Sixty-two Cases. *Medicine.* 1965;44(3).
- [58]. Bernacchi E, Amato L, Parodi A, Cottoni F, Rubegni P, De Pita O, et al. Sjogren's syndrome: a retrospective review of the cutaneous features of 93 patients by the Italian Group of Immunodermatology. *Clin Exp Rheumatol.* 2004;22(1):55–62.
- [59]. Kurz C, Wunderlich S, Spieler D, Schwaiger BJ, Andres C, Traidl-Hoffmann C, et al. Acute transverse myelitis and psoriasisiform dermatitis associated with Sjogren's syndrome: a case report. *BMC Res Notes.* 2014;7:580.
- [60]. Young A, Koduri G. Extra-articular manifestations and complications of rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2007;21(5):907–27.
- [61]. Carmona L, Gonzalez-Alvaro I, Balsa A, Belmonte MA,

- Tena X, Sanmarti R, et al. Rheumatoid arthritis in Spain: occurrence of extra-articular manifestations and estimates of disease severity. *Ann Rheum Dis.* 2003;62(9):897–900.
- [62]. Uhlig T, Kvien TK, Jensen JL, Axéll T. Sicca symptoms, saliva and tear production, and disease variables in 636 patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 1999 Jul 1;58(7):415–22.
- [63]. Avouac J, Sordet C, Depinay C, Ardizzone M, Vacher-Lavenu MC, Sibilia J, et al. Systemic sclerosis-associated Sjogren's syndrome and relationship to the limited cutaneous subtype: results of a prospective study of sicca syndrome in 133 consecutive patients. *Arthritis Rheum.* 2006 Jul;54(7):2243–9.
- [64]. Salliot C, Mouthon L, Ardizzone M, Sibilia J, Guillevin L, Gottenberg J-E, et al. Sjogren's syndrome is associated with and not secondary to systemic sclerosis. *Rheumatology (Oxford).* 2007 Feb;46(2):321–6.
- [65]. Harley JB, Alexander EL, Bias WB, Fox OF, Provost TT, Reichlin M, et al. Anti-Ro (SS-A) and anti-La (SS-B) in patients with Sjogren's syndrome. *Arthritis Rheum.* 1986 Feb;29(2):196–206.
- [66]. Borg E, Risselada AP, Kelder JC. Relation of Systemic Autoantibodies to the Number of Extraglandular Manifestations in Primary Sjögren's Syndrome: A Retrospective Analysis of 65 Patients in the Netherlands. *Semin Arthritis Rheum.* 2011;40(6):547–51.
- [67]. Cruz-Tapias P, Rojas-Villarraga A, Maier-Moore S, Anaya J-M. HLA and Sjogren's syndrome susceptibility. A meta-analysis of worldwide studies. *Autoimmun Rev.* 2012 Feb;11(4):281–7.
- [68]. Vitali C, Tavoni A, Rizzo G, Neri R, D'ascanio A, Cristofani R, et al. HLA antigens in Italian patients with primary Sjogren's syndrome. *Ann Reum Dis.* 1986;45:412–6.
- [69]. Huang R, Yin J, Chen Y, Deng F, Chen J, Gao X, et al. The amino acid variation within the binding pocket 7 and 9 of HLA-DRB1 molecules are associated with primary Sjogren's syndrome. *J Autoimmun.* 2015 Feb;57:53–9.

ABORDAGENS FARMACOLÓGICAS NA TERAPIA DO CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO SOBRE OS MODULADORES ESTROGÊNICOS

PHARMACOLOGICAL STRATEGIES IN BREAST CANCER THERAPY: A REVIEW ON ESTROGENIC MODULATORS

RAIMUNDO NONATO TEIXEIRA DINIZ¹, IAN JHEMES OLIVEIRA SOUSA^{2*}, POLYANNA DOS SANTOS NEGREIROS³, FABYANNA DOS SANTOS NEGREIROS³, RODRIGO LOPES GOMES GONÇALVES⁴

1. Acadêmico do curso de pós-graduação em Farmacologia Clínica da Faculdade Cathedral; 2. Acadêmico de Farmácia da Universidade Federal do Piauí- UFPI; 3. Acadêmica do curso de pós-graduação em Enfermagem Obstétrica da Instituição de Ensino Superior Múltiplo – IESM; 4. Mestrando(a) em Farmacologia do Programa de Pós graduação em Farmacologia –UFPI.

*Universidade Federal do Piauí, Campus Min. Petrônio Portella, Engate SG-15, Ininga, Teresina, Piauí, Brasil. CEP: 64049-550. ianjhemmes@gmail.com

Recebido em 13/03/2017. Aceito para publicação em 24/04/2017

RESUMO

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, sua incidência vem aumentando ao longo do tempo. O tratamento deste câncer envolve a quimioterapia e radioterapia e nas últimas décadas tem-se associado os agentes de prevenção de recidivas para evitar a proliferação das possíveis células cancerosas que possam ainda estar presentes no tecido, sendo estes agentes, os moduladores dos receptores de estrógeno. O objetivo deste artigo é caracterizar a utilização dos moduladores do estrógeno como adjuvantes da terapia e profilaxia do câncer de mama, para isso recorreu-se a uma pesquisa bibliográfica nas grandes bases de dados PubMed, Scielo e Medline onde foram utilizados artigos dos últimos 10 anos para compor esta revisão. Os Moduladores Seletivos dos Receptores de Estrógenos (SERM's) tem aplicabilidades diversas, especialmente na profilaxia de recidiva do câncer, onde os principais SERM's desenvolvidos até o momento são o raloxifeno e tamoxifeno, ambos tem protocolos clínicos para utilização na prevenção da recidiva do câncer de mama. Assim, a utilização de SERM's representa uma abordagem benéfica no manejo da terapia oncológica, abordagem tal que pode ser estendida à profilaxia do câncer de mama com os avanços da terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE: Estrógenos, Estrogênios, moduladores, SERM, Antagonistas

ABSTRACT

Breast cancer is the second most frequent type of cancer in the world and the most common among women and its incidence has increased over time. The treatment of this cancer involves chemotherapy and radiotherapy and in the last decades has been associated with the agents of Prevention of relapses to prevent the proliferation of possible cancer cells that still pose being present in the tissue. These agents are the modulators of estrogen receptors. The objective of this article is to characterize the use of estrogen modulators as adjuvants in the therapy and prophylaxis of breast cancer. We used a bibliographical search in the large PubMed, Scielo and Medline databases where articles from the last 10 years were

used to compose this review. Selective Modulators of Estrogen Receptors (SERMs) have different applicability, especially in the prophylaxis of cancer recurrence, where the main SERMs developed to date are raloxifene and tamoxifen, both of which have clinical protocols for use in the prevention of recurrence of breast cancer. Thus, the use of SERMs represents a very beneficial approach in the management of cancer therapy, an approach that can be extended to the prophylaxis of breast cancer with advances in therapy.

KEYWORDS: Estrogens, Estrogens, modulators, SERM, Antagonists.

1. INTRODUÇÃO

O câncer é um problema de saúde pública em todo o mundo. É atualmente a segunda causa principal de morte, e deve superar doenças cardíacas como a principal causa de morte nos próximos anos. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que o câncer foi responsável por 7,4 milhões de mortes (cerca de 13% das mortes) em 2004. Mortes por câncer no mundo são projetadas para continuar crescendo, com estimativa de 12 milhões de mortes em 2030^{1,2}.

O segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres é o câncer de mama e sua incidência vem aumentando ao longo do tempo, concomitantemente ao aumento da industrialização e da urbanização. A neoplasia maligna de mama é responsável por cerca de 20% da incidência de câncer e por 14% do total de mortes associadas às neoplasias³.

O desenvolvimento dessa doença é multifatorial, com a presença de fatores biológicos e ambientais, destacando-se àqueles relacionados à idade, aspectos endócrinos e genéticos. O câncer de mama de caráter hereditário corresponde a cerca de 5-10% do total de casos. Em relação aos fatores idade e endócrinos, o aumento do risco está associado à história de menarca precoce (primeira menstruação antes dos 12 anos), menopausa tardia (após os 50 anos), nuliparidade após os 30 anos, entre outros⁴.

A terapêutica oncológica do câncer de mama consiste na ressecção cirúrgica dos tumores associado ao tratamento radioterápico e quimioterápico, onde esta última pode ser feita com quimioterápicos/citostáticos. O mecanismo de ação dos citostáticos tem emprego em um número de seções limitadas, portanto entram em cena uma segunda classe com poucos efeitos adversos e que evitam as recidivas da neoplasia⁵.

Neste panorama, a expressão do receptor de estrógeno (RE) é um importante biomarcador em câncer de mama, pois ele fornece o índice de sensibilidade ao tratamento endócrino. Desde que se demonstrou com grande significância que o crescimento dos carcinomas de mama é regulado por estrógenos, a presença de receptores específicos para este hormônio em tumores mamários é bastante observada para acompanhamento e prognóstico, no qual sua supressão tem demonstrado remissão clínica do tumor em pacientes com carcinoma de mama⁶.

Existem para tanto, os moduladores dos receptores de estrógeno, que podem ser empregados como adjuvantes para diminuir as chances de recidivas do câncer onde entre estes, destacam-se moduladores seletivos de receptores de estrógeno (SERM), que mimetizam os efeitos benéficos do estrógeno em alguns receptores e antagonizam sua ação em tecidos como mama e endométrio^{7,8}.

Desta forma, o objetivo deste artigo é caracterizar a utilização dos moduladores do estrógeno como adjuvantes da terapia e profilaxia do câncer de mama, explanando sobre a eficácia destes fármacos na terapia e profilaxia oncológica.

2. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica, tendo como referência a literatura produzida nos últimos dez anos (2006-2016), os quais contemplem o “uso terapêutico

dos moduladores seletivos dos receptores de estrógeno”, recorrendo-se para esta pesquisa, a utilização de grandes indexadores de literatura científica (PubMed, Lilacs, SciELO e Medline), as palavras chave utilizadas foram: (estrógeno/estrogênio, moduladores, receptores de estrógeno/estrogênio e estrógeno/estrogênio e câncer de mama), onde seus respectivos equivalentes em inglês também foram pesquisados. Os artigos foram triados inicialmente pela leitura dos títulos (análise de exclusão) e depois pelos resumos (análise de inclusão) no qual foram utilizados 16 artigos (lidos na íntegra) para compor esta revisão.

3. DESENVOLVIMENTO

Moduladores Seletivos de Estrógeno: Estado da arte

Os moduladores seletivos dos receptores de estrógeno (SERMS) são tipicamente variações da molécula de 17- β estradiol e podem ser classificados de acordo com sua estrutura química. Dentre estes, os mais conhecidos são os derivados trifeniletílenos, como Raloxifeno, Tamoxifeno e os Benzotiofenos⁹.

Estes moduladores, assim recebem o nome pela sua capacidade de exercer atividade agonista e/ou antagonista em determinados tecidos, desempenhando sua ação farmacológica de forma a não ser um agente puramente antagonista sistêmico, não comprometendo todas as atividades celulares mediadas pelos receptores de estrógenos do corpo¹⁰.

Dos vários SERM's desenvolvidos até o momento, apenas o raloxifeno e tamoxifeno são aprovados para a utilização na prevenção da recidiva do câncer de mama com a presença de receptores de estrógenos. Porém existem vários outros SERM's, apresentados na Tabela 1, com uma síntese de suas aplicações clínicas.

Tabela 1. Moduladores estrogênicos apresentados pela literatura.

Fármaco	Atividade Farmacológica	Referencia
Tamoxifeno	M. E. mais utilizado no tratamento do câncer no mundo (antagonista na mama e agonista no endotélio)	(VOGEL, 2009) ¹¹
Toremifeno	M. E. de mesma atividade do Tamoxifeno, com metabolismo diferente para evitar interações medicamentosas.	(LEWIS et al., 2010) ¹²
Clomifeno	M. E. utilizado no tratamento da infertilidade	(FERREIRA et al., 2011) ¹³
Arzoxifeno	M. E. para o câncer de mama, menos efetivo que o tamoxifeno	(CLARKE; KHOSLA, 2009) ¹⁰
Bazedoxifeno	M. E. do tecido ósseo mais específico	(CHRISTIANSEN et al., 2010) ¹⁴
Lasofoxifeno	M. E. de alta efetividade para câncer de mama e osteoporose	(CUMMINGS et al., 2010) ¹⁵
Raloxifeno	M. E. que já foi utilizado no câncer, atualmente é empregado na osteoporose	(LEWIS et al., 2010) ¹²

Legenda: M.E= Modulador estrogênico.

Dentre estes moduladores, o raloxifeno e tamoxifeno tem atividade farmacológica benéfica por serem antagonistas no tecido mamário e não exercerem antagonismo em outros tecidos, ou seja, possuindo ação positiva em outros tecidos visto que o agonismo estrogênico é o principal indutor do crescimento do epitélio uterino e da matriz óssea, onde um antagonismo total poderia causar osteoporose, hipoproliferação do endométrio uterino dentre outras ações negativas sobre os tecidos.

Observando a Tabela 2, constata-se que o tamoxifeno tem atividade preservante da integridade óssea e do endométrio uterino, diferentemente do raloxifeno que preserva o agonismo apenas no tecido ósseo. Essas diversidades de agonismo/antagonismo tecido-específica proporcionam uma diversa gama de aplicações em várias patologias, especialmente no câncer, visto que a utilização destes agentes moduladores de estrógeno é menos danosa que a ovariectomia¹⁶.

Tabela 2. Atividade Farmacológica dos Principais moduladores de estrogênio.

Fármaco	Osso	Útero	Cérebro	Mama
Estradiol	++	++	++	++
Tamoxifeno	+	+	-	-
Raloxifeno	+	-	-	-

Legenda: ++ Agonismo Forte + Agonismo Fraco – Antagonismo

Fonte: Adaptado de Andrews (2009)¹⁶

Eficácia dos Moduladores de Estrógenos no câncer de mama

A aplicação dos SERM's se baseia no princípio que os estrógenos são indutores da proliferação tecidual, em especial no tecido mamário, onde então se observa também que os carcinomas de células mamárias com alta expressão de receptores de estrogênio, mostram uma grande sensibilidade à terapia com moduladores da ação de estrógenos¹⁷.

O tamoxifeno foi aprovado pela FDA em 1977 e desde então é um dos medicamentos com o efeito mais marcante sobre a sobrevivência dos pacientes, reduzindo o risco anual de recorrência de câncer em quase 40% quando submetidos a tratamento de 5 anos. Contudo, apesar da eficácia incontestável, existe ainda uma parcela próxima de 50% dos tumores que são refratários à terapia com tamoxifeno.

Um estudo de coorte avaliou o lasofoxifeno e evidenciou que o mesmo reduziu o câncer de mama positivo ao receptor de estrogênio 0,3 versus 1,7 casos por 1000 pessoas/ano ($p < 0,05$)⁹.

Em relação ao raloxifeno, o estudo MORE3 (*Multiple Outcome of Raloxifen Evaluation*) foi o primeiro a demonstrar uma queda de 65% no risco de câncer de mama (quando utilizado 60 mg/ dia) em comparação ao placebo em avaliação com mulheres pós menopausa. Este estudo teve uma prorrogação por mais quatro anos, onde as participantes continuaram recebendo a mesma dose de raloxifeno (total de 08 anos), e os resultados mostraram uma redução de 59% na incidência de câncer de mama invasivo, onde a ação preventiva não se estendeu ao carcinoma *in situ*⁸.

4. CONCLUSÃO

Desta forma foi possível reunir nesta obra uma síntese das possibilidades que os SERM's representam para os avanços na prevenção e tratamento do câncer de mama, visto que a abordagem hormonal representa uma ação benéfica no manejo da terapia oncológica, pois tem efeitos colaterais diminutos em relação à quimioterapia com citostáticos e ainda pode ser estendida à profilaxia do câncer de mama em pacientes de risco.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Siegel R, Miller K. & Jemal A. Cancer statistics , 2015 . *CA Cancer J Clin* 65, 29 (2015).
- [2] Freitas EO, *et al* A influência da *espiritualidade* na qualidade de vida do paciente oncológico: reflexão bioética. *Rev. Nurs.* 17, 1266–1270 (2016).

- [3] Inumaru LE, Silveira EA. Da & Naves MMV. Risk and protective factors for breast cancer: a systematic review. *Cad. saúde pública*, Rio Janeiro 27, 1259–70 (2011).
- [4] Ohl ICB. *et al.* Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. *Rev. Bras. Enferm.* 69, 793–803 (2016).
- [5] Costa-Lotufo LV. *et al.* Artigo A Contribuição dos Produtos Naturais como Fonte de Novos Fármacos Anticâncer: Estudos no Laboratório Nacional de Oncologia Experimental da Universidade Federal do Ceará. *Rev. Virtual Química* 2, 47–58 (2010).
- [6] Lopes JR. Avaliação Da Ação Da Melatonina Em Célulastronco Tumoriais Mamárias Re-Positivas Tratadas Com Disruptores Estrogênicos: Verificação Da Via Do Receptor De Estrogênio Mediada Pelo Gene Oct 4. (UNESP, 2016).
- [7] Pardini D. Terapia de reposição hormonal na menopausa. *Arq Bras Endocrinol Metab* 58, 172–181 (2014).
- [8] Oliveira VM. de & Aldrighi JM. Nova alternativa farmacológica na prevenção do câncer de mama após a menopausa. *Rev Assoc Med Bras* 52, 1–2 (2006).
- [9] Silverman SL. New selective estrogen receptor modulators (SERMs) in development. *Curr. Osteoporos. Rep.* 8, 151–153 (2010).
- [10] Clarke BL. & Khosla S. New selective estrogen and androgen receptor modulators. *Curr. Opin. Rheumatol.* 21, 374–9 (2009).
- [11] Vogel VG. The NSABP Study of Tamoxifen and Raloxifene (STAR) trial. *Rev Anticancer Ther* 9, 51–60 (2009).
- [12] Lewis JD. *et al.* Excellent outcomes with adjuvant toremifene or tamoxifen in early stage breast cancer. *Cancer* 116, 2307–2315 (2010).
- [13] Ferreira M, *et al.* Moduladores seletivos do receptor estrogênico: novas moléculas e aplicações práticas. *Femina* 39, 433–441 (2011).
- [14] Christiansen C *et al.* Safety of bazedoxifene in a randomized , phase 3 study of postmenopausal women with osteoporosis. *BMC Musculoskelet. Disord.* 11, 130 (2010).
- [15] Cummings SR. *et al.* Lasofoxifene in Postmenopausal Women with Osteoporosis. *N. Engl. J. Med.* 362, 686–696 (2010).
- [16] Andrews NA. Biological and pharmacological effects of estrogen and SERMs on bone. *IBMS Bonekey* 6, 238–243 (2009).
- [17] Cirqueira MB, Moreira MARM, Soares LR. & Freitas-Júnior R. Subtipos moleculares do câncer de mama. *Femina* 39, 499–503 (2011).

MUDANÇAS NO CONVÍVIO SOCIAL DE PACIENTES COM HANSENIÁSE

CHANGES IN THE SOCIAL COVERSHP OF PATIENTS WITH HANSENIÁSE

ELETÍCIA ALVES DA SILVA SANTOS^{1*}, ELLEN VANUZA MARTINS BERTELLI²

1. Enfermeira Especialista do Serviço de Reabilitação Física Órtese e Prótese da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO; 2. Enfermeira Especialista Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO.

* Rua Coronel Lustosa Nº 2208 Batel, Guarapuava, PR, Brasil. CEP: 85015-340. eleticiaenf@hotmail.com

Recebido em 06/04/2017. Aceito para publicação em 16/04/2017

RESUMO

A hanseníase é uma doença antiga e sua história é marcada pelo estigma, medo e preconceito, por se tratar de uma doença contagiosa e com evolução crônica. Trata-se de uma revisão bibliográfica constituída a partir da busca por artigos nos bancos de dados Scielo, Bireme e Lilacs os quais abordaram sobre convívio social de portadores de hanseníase, idade, sexo, estado civil, tipo de moradia, escolaridade, repercussões na autoimagem e relacionamento interpessoal. Os objetivos foram: Analisar o convívio social de pessoas com hanseníase, identificar os dados socioeconômicos: idade, sexo, estado civil, tipo de moradia e escolaridade; conhecer as repercussões na autoimagem. Assim houve predominância do sexo masculino, faixa etária de 40 a 55 anos, baixa escolaridade, casados e residências próprias, detectando repercussões negativas na auto-imagem, no convívio social houve um grande apoio por parte dos familiares e dos amigos, embora alguns terem preferido não comentar sobre a doença e certo preconceito e medo de contágio por parte dos demais. Conclui-se que principalmente na área da saúde, o profissional deverá tratar o ser humano como um todo, identificando suas necessidades e buscar soluções eficazes, ao compreender as mudanças físicas e sociais que o portador de hanseníase poderá passar.

PALAVRAS-CHAVE: Estigma Social. Hanseníase. Relações interpessoais.

ABSTRACT

Leprosy is an ancient disease and its history is marked by stigma, fear and prejudice, because it is a contagious disease with a chronic evolution. It is a bibliographical review constituted from the search for articles in the databases Scielo, Bireme and Lilacs, which dealt with the social contact of people with leprosy, age, sex, marital status, type of housing, schooling, repercussions on self -imaging and interpersonal relationship. The objectives were: To analyze the social interaction of people with leprosy, to identify the socio-economic data: age, sex, marital status, type of housing and schooling; Know the repercussions in self-image. Thus, there was a predominance of males, 40- to 55-year-olds, low schooling, married couples and their own homes, detected negative repercussions on self-image, and social support from family and friends, although

some preferred Not to comment on the disease and certain prejudice and fear of contagion on the part of the others. It is concluded that especially in the area of health, the professional should treat the human being as a whole, identifying their needs and seek effective solutions, understanding the physical and social changes that the leprosy holder may experience.

KEYWORDS: Social Stigma. Leprosy. Interpersonal relations.

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é considerada uma das doenças mais antigas da humanidade, podendo comprometer células cutâneas e nervosas periféricas, causando lesões cutâneas, diminuição da sensibilidade e dores. Os portadores da doença são alvos de preconceito até hoje pela sociedade. Antigamente ficavam isolados de seus familiares e excluídos da sociedade pelo medo do contágio e de suas deformidades físicas¹. Nos tempos bíblicos, a doença era conhecida como lepra, e os doentes como leprosos, que deviam ficar afastados da sociedade, pois a doença estava associada a castigo, pecado e impureza, passando a viver em condições miseráveis, sem nenhum tipo de tratamento e, sobretudo, pedindo esmolas².

Em 29 de março de 1995, foi decretada a Lei 9.010, sendo determinado que o termo lepra e seus derivados deixassem de existir nos documentos oficiais, passando a ser substituída por hanseníase e o leproso passasse a ser chamado de doente de hanseníase. Esta lei foi criada a fim de diminuir o estigma da sociedade em geral em relação ao doente de hanseníase, com o intuito de melhorar a qualidade de vida destes doentes por meio da diminuição do preconceito para com a doença³.

Geralmente acomete a população de classes mais baixas por estar relacionada a condições de vida precárias, como moradia imprópria, falta de higiene e estado nutricional deficiente⁴.

A hanseníase é uma doença infecciosa que pode ser transmitida de pessoa a pessoa, pelo convívio de suscetíveis com portadores de hanseníase que estejam sem tratamento. Seu período de incubação dura em média de dois a cinco anos⁵.

Portanto, a hanseníase é considerada uma doença contagiosa, infecto parasitária crônica, que tem como maior complicação o dano neural como consequência de sua evolução⁶.

As lesões decorrentes da hanseníase podem ocorrer pela ação direta do bacilo ou pelo estado reacional às manifestações dermatoneurológicas, podendo apresentar-se de maneiras diferentes, dependendo da resposta imune de cada paciente⁷.

A hanseníase no Brasil tem um índice considerado alto mesmo com campanhas de prevenção e mesmo dispondo de ações programáticas que visam a eliminação da doença, ainda assim o Brasil em 2005 não conseguiu alcançar a meta de um caso da doença para cada 10 mil habitantes⁸.

A hanseníase tem cura, mas seu tratamento deve ser realizado corretamente. O tempo para se alcançar a cura é de seis a 36 meses, dependendo de sua classificação e estágio da doença. O medicamento deve ser tomado corretamente e diariamente, sendo uma dose supervisionada mensalmente⁹.

Todos os contatos intradomiciliares, ou seja, os comunicantes de hanseníase devem procurar uma unidade de saúde para tomar a vacina BCG (bacilo de Calmette-Guerin) independentemente se o caso de hanseníase for Paucibacilar (PB) ou Multibacilar (MB)¹¹.

A principal característica da doença é o comprometimento dos nervos periféricos, conferindo um potencial para incapacidades físicas e deformidades. Estas incapacidades e deformidades podem acarretar diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos. São responsáveis, também, pelo estigma e preconceito contra a doença. Portanto, o portador de hanseníase enfrenta dificuldades em sua rotina de vida por conta da doença, como no convívio social, familiar e no trabalho.

É importante que tanto o portador de hanseníase quanto as pessoas que estão ao seu redor saibam conviver com a doença, até atingir a cura, para que não haja isolamento.

Neste contexto, entende-se a importância de conhecer as mudanças que podem ocorrer no convívio social dos pacientes com hanseníase, a fim de auxiliar a conviver melhor com familiares, amigos, em seu campo profissional e até consigo mesmo.

Foi objetivo desse estudo analisar o convívio social dos pacientes com hanseníase, após o diagnóstico da doença, identificar o perfil socioeconômico como idade, sexo, estado civil, raça/cor, tipo de moradia e escolaridade dos pacientes com hanseníase; conhecer as repercussões na autoimagem do portador de hanseníase; identificar as dificuldades em se relacionar com os familiares e amigos após a doença.

Os resultados contribuirão para a orientação dos programas de controle e tratamento de hanseníase, visando

recuperação social dos portadores da doença e também servir para novas investigações.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A revisão bibliográfica foi constituída a partir da busca por artigos nos bancos de dados Scielo, Bireme e Lilacs no período de Agosto de 2015 a Dezembro de 2015, os quais abordaram sobre convívio social de portadores de hanseníase, idade, sexo, estado civil, tipo de moradia, escolaridade, repercussões na auto-imagem e relacionamento interpessoal.

Para inclusão e análise dos artigos, foram estabelecidos os seguintes critérios: artigos indexados nas bases de dados descritas previamente e publicados na íntegra na língua portuguesa.

Desde modo, foram encontrados 21 artigos que fizeram parte do *corpus* desta revisão, apresentados na sequência.

3. DESENVOLVIMENTO

A amostra final desta revisão bibliográfica foi constituída por artigos selecionados pelos critérios de seleção previamente estabelecidos os quais abordaram sobre convívio social de portadores de hanseníase, idade, sexo, estado civil, tipo de moradia, escolaridade, repercussões na autoimagem e relacionamento interpessoal.

Em relação ao convívio social os artigos científicos mostraram que o estigma que persiste da sociedade para com a hanseníase é mais resistente do que a própria doença, mostrando ser uma sociedade sem informação e amedrontada pelas alterações físicas da doença, trazendo grandes prejuízos para o portador, que muitas vezes, se afasta da sociedade por medo e vergonha das pessoas.

No que se diz respeito ao convívio familiar, percebeu-se uma maior união entre os entes, pois estiveram presentes e auxiliaram no tratamento, embora tenha ocorrido certo medo no início, antes de obter informações sobre a doença.

No estudo realizado por Rolim *et al.* (2006)¹², verificaram que os familiares estiveram presentes e que foram apoio fundamental na busca da cura da doença.

A hanseníase atinge de certa forma toda a família do indivíduo por ser uma doença estigmatizante, pois os familiares também podem sofrer algum tipo de preconceito. Assim a família pode ser uma fonte de apoio ou de dor para o indivíduo¹³.

Muitos portadores de hanseníase preferem não falar sobre sua doença aos seus amigos por receio de que os mesmos venham se afastar.

A amizade desenvolve a felicidade e reduz o sofrimento, duplicando a alegria e dividindo a dor¹⁴.

Assim, de acordo com o estudo de Minuzzo (2008)¹³, verificou-se que alguns indivíduos com hanseníase preferem não relatar seu diagnóstico para algumas pessoas

de seu convívio social, muitas das vezes por temerem o preconceito e de ter que se afastarem.

De acordo com Santos & Pardo (2006)¹⁵, a imagem corporal é a peça chave na construção de uma identidade, pela relação do ser humano com seu corpo. Diante desta realidade observa-se que o indivíduo com hanseníase demonstra um grande desconforto frente às mudanças físicas que a doença causa, alterando a percepção que o indivíduo tem de si mesmo.

A hanseníase está ligada diretamente às questões corporais e da imagem do indivíduo pelas manifestações desde manchas na pele às deformidades físicas importantes que ocorrem pelo comprometimento do sistema nervoso periférico. Estas alterações físicas são responsáveis pela alteração na imagem que o indivíduo tem de si mesmo, sobretudo pelo estigma social¹⁶.

Em relação ao sexo dos sujeitos houve predomínio do sexo masculino com 77% seguido de 23% do sexo feminino.

Em estudos realizados por Costa *et al.* (2008)⁶ e Imbiriba *et al.* (2009)⁸, verificou-se a prevalência de hanseníase no sexo masculino, o que sugere que a doença atinge mais os homens.

Beiguelman (2002)¹⁷ e Duarte *et al.* (2008)⁷, afirmam em seus estudos que os indivíduos do sexo masculino vêm sendo mais atingidos pela hanseníase principalmente os com idade acima de 14 anos.

Gonçalves *et al.* (2008)¹⁸, também realizaram um estudo onde encontrou maior número de casos de hanseníase para o sexo masculino dentre a população estudada, onde 53,3% eram homens e 46,7% mulheres.

Quanto à idade nos estudos prevaleceu a faixa etária da população de meia idade, entre 40 e 55 anos com 37%, seguidos de 33% de 20 a 39 anos e 30% acima de 56 anos de idade.

De uma maneira geral, todas as faixas etárias são acometidas pela doença, isto mostra que são necessárias medidas preventivas de educação continuada à população de todas as idades.

No estudo de Barbosa *et al.* (1999)¹⁹, a maioria dos indivíduos com a doença, 79,8% eram pacientes com a faixa etária entre 54 anos aproximadamente.

Constatou-se um elevado número de hansenianos casados, o que leva a preocupação em relação ao contato íntimo desses participantes para com seus companheiros e familiares, podendo assim haver a propagação da doença no meio domiciliar. A informação em especial para este grupo é de suma importância a fim de evitar o contágio.

No estudo realizado por Oliveira *et al.* (1999)²⁰ verificou-se nessa época uma maior prevalência da doença em pessoas casadas sendo 60%.

Dez anos após no estudo realizado por Duarte *et al.* (2008)⁷, verificou-se que a prevalência da doença ainda

continua em indivíduos casados sendo 78% dos participantes da pesquisa.

Em relação ao aspecto habitacional, o tipo predominante foi de casa própria representando 80%, os que residem em casas alugadas 20%, sendo 100% das moradias construídas em alvenaria.

Verificando que embora a hanseníase seja considerada uma doença ligada a condições precárias de moradia e inadequadas de higiene, a maioria dos estudos mostrou que os portadores de hanseníase residem em casas próprias, de alvenaria e com saneamento básico, o que sugere que a doença poderá estar em qualquer lugar e em qualquer tipo de moradia e que as informações devem chegar a todos sem nenhum tipo de exclusão.

Conforme o estudo realizado por Simões & Delello (2005)²¹, no estado de São Paulo com uma população de baixa renda, 100%, ou seja, todos responderam na pesquisa que residem em casas de alvenaria e 75% dispunham de saneamento básico completo.

A escolaridade foi bem diversificada, sendo predominantes os que não chegaram a concluir o ensino fundamental 57%, analfabetos 20%, em seguida 2º grau completo 3%, cursos técnicos 13% e superior completo 7%.

Os resultados dos estudos confirmam a literatura nacional que destaca que a hanseníase é uma patologia mais comum em populações de níveis sócios econômicos menos favorecidos.

Assim no estudo de Minuzzo (2008)¹³, ressalta que as pessoas com um baixo nível educacional têm menos conhecimento de como prevenir as doenças.

Santos & Pardo (2006)¹⁵ afirmam em seu estudo que 29,4 % dos entrevistados não haviam concluído o ensino fundamental.

Simões & Delello (2005)²¹ através de um estudo realizado com pacientes com hanseníase confirmam os resultados dos estudos acima citados onde 50 % de seus entrevistados também relataram não ter concluído o 2º grau.

Diante desta realidade vê-se a necessidade de estratégias que favoreçam maior conhecimento para a população em geral dando uma atenção maior para as com índice menor de escolaridade.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou conhecer as percepções sociais de preconceito vividas pelos indivíduos, que vem sendo mantida há muitos anos.

A análise dos resultados dos estudos mostrou que a maioria dos indivíduos é do sexo masculino, casados, que habita em casas próprias construídas em alvenaria e com saneamento básico, idade entre 20 a 85 anos de idade e apresentando sua maioria com baixa escolaridade.

Ressalta, entretanto, que a maioria dos estudos mostrou que os portadores da doença recebem apoio de seus familiares e amigos que se mantiveram presentes, mesmo não tendo muito conhecimento sobre a doença, fator esse que implica a levar informações mais socializadas, devendo ser claras e precisas para que os indivíduos, familiares e a sociedade se sensibilizem e se envolvam mais no processo de tratamento e cura da doença.

Ressalta também a importância do envolvimento da equipe da área da saúde com o hanseniano, considerando-o um ser integral, não buscando apenas as alterações físicas, estabelecendo um diálogo a fim de compreender os valores e opiniões, conhecimento e preconceito por parte do próprio indivíduo e o medo da doença, fazendo-o entender o que a doença significa para ele, permitindo uma melhor aprendizagem em conjunto e maior adesão ao tratamento e proporcionando uma melhor qualidade de vida.

Estudos relataram que os portadores de hanseníase vergonham-se de si mesmos, prejudicando sua auto-imagem por conta das alterações e deformidades físicas como o edema facial, escurecimento da pele, manchas no corpo, envelhecimento e perdas de movimentos. Estas mudanças contribuíram para o isolamento dessas pessoas perante à sociedade.

Estratégias na busca de levar maior clareza ao conhecimento do que é a hanseníase, deverá ser realizada na busca de diminuir o preconceito existente para os indivíduos com hanseníase com relação ao seu aspecto físico, e também contribuir para que a doença seja diagnosticada e tratada precocemente, evitando assim maiores complicações, proporcionando uma cura mais rápida aos indivíduos com hanseníase.

Espera-se que este trabalho contribua para que a sociedade e profissionais da saúde possam saber o que ocorre no cotidiano de indivíduos com hanseníase, facilitando o tratamento e diminuindo o estigma social provenientes da doença.

REFERÊNCIAS

- [1] Pontes KA, Ximenes Neto FR. Hanseníase: a realidade do ser adolescente. *Rev Bras Enferm.* 2005; 22(58):296-301.
- [2] Silva Junior FJG, Ferreira RD, Araújo OD, Camêlo SM, Nery IS. Assistência de enfermagem ao portador de Hanseníase: abordagem transcultural. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(17):713-7.
- [3] Femina LL, Soler ACP, Nardi SMT, Paschoal VDA. Lepre para hanseníase: a visão do portador sobre a mudança de terminologia. *Hansen Int.* 2007; 32(1):37-48.
- [4] Santos AK, Monteiro S, Rozemberg B. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(4):857-67.
- [5] Goulart IMB, Pena GO, Cunha G. Imunopatologia da hanseníase: a da resposta imune do hospedeiro ao *Mycobacterium leprae* complexidade dos mecanismos. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2002; 35(4):365-75.
- [6] Costa RD, Mendonça VA, Lyon S, Penido RA, Costa AMDD, Costa MD, et al. Avaliação da expressão de interleucina 1 beta (IL-1 β) e antagonista do receptor de interleucina 1 (IL-1Ra) em pacientes com hanseníase. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2008; 41(supl. 2):99-103.
- [7] Duarte MTC, Ayres JA, Simonetti JP. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(n. esp.):767-73.
- [8] Imbiriba EB, Basta PC, Pereira ES, Levino A, Carneiro L. Hanseníase em populações indígenas do Amazonas, Brasil: um estudo epidemiológico nos municípios de Autazes, Eirunepé e São Gabriel da Cachoeira (2000 a 2005). *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(5):972-84.
- [9] Ministério da Saúde (BR), Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Protocolo de atendimento em hanseníase. Brasília (DF): MS; 2008.
- [10] Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas Públicas. Guia para o controle de hanseníase. 3ª ed. Brasília (DF): MS; 2002.
- [11] Ministério da Saúde (BR). Crianças com hanseníase [Internet]. Brasília (DF): MS; 2005 [citado em 30 mar. 2010]. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/GO_2005.pdf.
- [12] Rolim MA, Colvero LA, Machado AL, Pereira AJ, Helene LMF. Significados associados à hanseníase pelos hansenianos. *Hansen Int.* 2006; 31(2):7-17.
- [13] Minuzzo DA. O homem paciente de hanseníase (LEPRA): representação social, rede social familiar, experiência e imagem corporal. 2008 [dissertação]. Évora (Portugal). Universidade de Évora; 2008.
- [14] Bittencourt LP, Carmo AC, Leão AMM, Clos AC. Estigma: percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por hanseníase. *Rev Enferm UERJ.* 2010; 18(2):185-90.
- [15] Santos VC, Pardo MBL. Percepções de portadores de hanseníase sobre a doença, seu tratamento e as repercussões em seu cotidiano: um estudo no município de Nossa Senhora do Socorro – Sergipe. *Rev Saude Ambient.* 2006; 7(1):30-8.
- [16] Borenstein MS, Costa MIP, Gregorio VRP, Koerich AME, Ribas DL. Hanseníase: estigma e preconceito vivenciados por pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940-1960). *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(n. esp.):708-12.
- [17] Beiguelman B. Genética e hanseníase. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2002; 7(1):117-28.
- [18] Gonçalves SD, Sampaio RF, Antunes CMF. Ocorrência de neurite em pacientes com hanseníase: análise de sobrevida e fatores preditivos. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2008; 41(5):464-9.
- [19] Barbosa JC, Ramos Junior AN, Alencar MJF, Castro CGJ. Pós-alta em Hanseníase no Ceará: limitação da atividade funcional, consciência de risco e participação social. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(n. esp.):727-33.
- [20] Oliveira MHP, Gomes R, Oliveira CM. Hanseníase e sexualidade: convivendo com a diferença. *Rev Latino-am Enfermagem.* 1999; 7(1):85-91.
- [21] Simões MJS, Delello D. Estudo do comportamento social dos pacientes de hanseníase do município de São Carlos – SP. *Rev Espaço Saúde.* 2005; 7(1):10-5.

CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

KNOWLEDG OF NURSING GRADUATION STUDENTS ABOUT PALLIATIVE CARE: INTEGRATIVE REVIEW OF LITERATURE

JANIELI RODRIGUES DO REGO^{1*}, AROLD GAVIOLI²

1. Aluna do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Ingá; 2. Professor Mestre do curso de Enfermagem do Centro Universitário Ingá.

* Rua Antonio Noveli, 282, Jardim Bela Vista, Paçandu, Paraná, Brasil. CEP: 87140-000. janielirego@hotmail.com

Recebido em 12/02/2017. Aceito para publicação em 16/03/2017

RESUMO

Cuidados paliativos são condutas que melhoram a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares quando se deparam com uma doença sem possibilidades de cura, esses cuidados são centrados no alívio dos sintomas, de natureza física, espiritual e social. O objetivo dessa pesquisa foi avaliar as evidências científicas produzidas por enfermeiros acerca do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre cuidados paliativos. Trata-se de um estudo bibliográfico, de revisão integrativa, incluindo publicações das bases de dados SciELO, BDNF e MEDLINE, no período compreendido de 2011 a julho 2016, em idioma português, em periódicos nacionais e internacionais. Foram utilizados os descritores: cuidados paliativos, estudantes de enfermagem e licenciatura em enfermagem. Após a análise minuciosa, obteve-se 6 publicações, que puderam ser classificadas em três categorias temáticas: percepção dos acadêmicos frente a pessoa em processo de terminalidade; envolvimento da família nos cuidados paliativos; e formação dos discentes em cuidados paliativos. Constatou-se que o tema é ainda incipiente e o número de publicações é escasso, apontando para a necessidade de mudanças no enfoque dado ao paciente terminal, sendo necessário preparar melhor os futuros profissionais, inserindo o conteúdo em suas grades curriculares.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos, estudantes de enfermagem, licenciatura em enfermagem.

ABSTRACT

Palliative care is a treatment that improve the quality of life of patients and their families when faced with an incurable disease. This kind of care is focused on relief of physical, spiritual and social symptoms. The objective of this paper was to evaluate the scientific evidence produced by nurses about knowledge of nursing students on palliative care. This study was based in an integrative

literature review, including publications of databases SciELO, BDNF and MEDLINE in the period from 2011 to July 2016, in Portuguese, in national and international nursing journals. Palliative care, nursing students and nursing graduation were used as descriptors and then proceeded to search in the database. After thorough analysis, we obtained six publications, which could be classified into three thematic categories: perception of academic front the person in the terminally process; family involvement in palliative care; and training of students in palliative care. It was found that the subject is still in inception and the number of publications is scarce, pointing to the need for changes in the approach taken to the terminal patient and requiring better prepare of future nursing professionals by the insertion of this content into their curricular grating.

KEYWORDS: Palliative care, nursing graduate student, nursing graduation.

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos tem sido observado um crescente aumento do envelhecimento populacional, tal envelhecimento tem levado a um aumento na incidência e prevalência dos casos de câncer, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras doenças crônicas e degenerativas na população, o que faz aumentar o número de pacientes elegíveis a serem submetidos aos cuidados paliativos¹.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, Cuidado Paliativo é um tratamento que proporciona uma melhor qualidade de vida tanto para o paciente quanto para família, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, dando enfoque no alívio do sofrimento das diversas dimensões que o envolvem. Para isso requer uma identificação precoce, avaliação e manejo da dor e

outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual².

O termo paliativo origina-se do vocábulo *pallium*, em latim, que quer dizer, proteger, cobrir com capa, manta ou coberta. Assim quando a doença não oferece mais espaço para a cura, se utiliza tratamento para alívio dos sintomas, como a administração de medicamentos para alívio da dor, bem como apoio espiritual e social a estas pessoas, proporcionando melhor qualidade de vida neste período tão peculiar da existência humana³.

A filosofia dos Cuidados Paliativos está centrada no controle dos sintomas e a busca da qualidade de vida em pacientes fora das possibilidades terapêuticas, ela não busca adiantar e nem atrasar a morte, pois entende que é algo natural dentro de toda existência humana, ela se concentra na qualidade de vida independente do tempo que lhe resta⁴.

Além disso, pacientes que sofrem com uma doença que ameaçam a continuidade da vida desejam ser compreendidos como seres humanos que sofrem além da dimensão física, e sim como seres que possuem necessidades que não são supridas por fármacos ou aparelhos tecnológicos⁴.

Percebe-se que pacientes com diagnóstico de doença que compromete a vida de alguma forma acumulam-se em hospitais e recebem tratamentos inadequados, todos focados na recuperação, baseados em procedimentos invasivos de alta complexidade. Essas práticas tornam-se ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias⁵.

Os cuidados Paliativos devem ser cuidados diferenciados, avaliando os sintomas, as necessidades e a vontade do paciente. Devem ser prestados por uma equipe multiprofissional para ajudar o paciente a adaptar-se às mudanças impostas pela doença. Muitas vezes o paciente não é assistido de uma forma adequada devido o despreparo do profissional de enfermagem ou até mesmo pela ausência de um ambiente favorável⁶.

O cuidado é a essência da enfermagem e cuidar do paciente sem possibilidades de cura exigem do profissional amplos conhecimentos sobre o controle da dor, administração de medicamentos, comunicação com o paciente, além da reflexão sobre o processo de terminalidade da vida, visto que este profissional é o que está diretamente ligado na prestação de assistência a esses pacientes³.

É incorreta a suposição de que não há mais nada a se fazer por esses pacientes com doença incurável, pois enquanto houver vida, há a necessidade do cuidado de enfermagem e há muito a se fazer para alívio do sofrimento³.

É essencial aprimorar o debate e a formação sobre os cuidados paliativos, aperfeiçoando a grade dos cursos de graduação, com disciplinas que tratem da morte e dos cuidados⁷.

Desse modo, considerando a importância desses cui-

dados aos pacientes fora das possibilidades terapêuticas e a relevância da equipe de Enfermagem, este estudo tem como objetivo identificar através de uma revisão integrativa da literatura como este assunto vem sendo abordado nas universidades e como os graduandos atribuem o significado a cuidados paliativos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Para o alcance do objetivo, selecionou-se como método de pesquisa a revisão integrativa da literatura, que é utilizada para se compreender com mais profundidade um evento, com base em estudos antecedentes, o que permite a união de dados de diferentes modalidades de delineamento de pesquisas e possibilita a ampliação das conclusões⁸.

Levando em consideração que um estudo na modalidade de revisão integrativa da literatura orienta-se por uma indagação ou hipótese, o presente trabalho foi orientado pela seguinte questão: Qual a caracterização da produção científica acerca do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre seus conhecimentos em cuidados paliativos, disseminados em periódicos online no âmbito da Saúde. Deste modo foram utilizados os descritores: cuidados paliativos, estudantes de enfermagem e licenciatura em enfermagem, cadastrados no sistema de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)⁸.

O levantamento foi realizado pela internet, nas seguintes bases de dados: SciELO – Scientific Electronic Library Online e nos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde: BDENF – Base de Dados de Enfermagem e MEDLINE – Literatura Internacional em Ciências da Saúde.

Os critérios de inclusão utilizados para a seleção da amostra foram: artigos publicados no período de 2011 a julho de 2016, no idioma português, em periódicos nacionais e internacionais cujos títulos e/ou resumos contemplassem aspectos relativos ao conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre cuidados paliativos, e estivessem disponíveis eletronicamente com livre acesso. Foram excluídos os estudos que não abordavam os conteúdos relevantes aos objetivos da revisão.

Considerando esses aspectos, o primeiro levantamento resultou em 699 estudos, que tiveram seus resumos avaliados e 687 foram rejeitados, por não se enquadrarem nos critérios de inclusão. Os 12 artigos restantes foram novamente avaliados, e 6 foram rejeitados, por não corresponderem à temática proposta. Restaram 6 estudos, que foram analisados segundo a temporalidade, tipo de produção (dissertação, tese, artigo ou outra natureza), desenho do estudo (transversal, caso-controle, coorte, artigos de revisão, estudo avaliativo e relato de experiência).

Tendo em vista as peculiaridades dos estudos, estes foram classificados em três categorias temáticas: Per-

cepção dos acadêmicos frente a pessoa em processo de terminalidade; Envolvimento da família nos cuidados paliativos; Formação dos discentes em cuidados paliativos.

3. RESULTADOS

Conforme mencionado, foram encontrados 699 artigos, desses, 687 foram excluídos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão. Assim, dos 12 artigos listados, 6 abordavam o tema proposto, sendo estes selecionados para composição deste estudo. A seguir a Tabela 1 representa as especificações de cada um dos artigos.

Tabela 1. Artigos levantados nas bases de dados Scielo, BDNF e Medline sobre o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre cuidados paliativos nos anos de 2011 a julho de 2016.

Ano de publicação	Título do artigo	Periódico (vol, nº, pag)	Considerações/ Temática
2013	Conhecimento, envolvimento e sentimentos dos concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia	Ciência & Saúde Coletiva, 18(9):2645-2651	Avaliação do conhecimento sobre ortotanásia dos concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia de uma universidade. Sendo uma pesquisa qualitativa por meio de questões onde foi realizada entrevistas com os acadêmicos.
2013	Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde	Ciência & Saúde Coletiva, 18(9):2577-2588	Trata-se a questão da morte e do morrer, e como o cuidado paliativo tem sido tratado nas categorias de trabalho de medicina, serviço social, psicologia e enfermagem, por meio de uma revisão bibliográfica.
2013	Significados atribuídos por graduandos de enfermagem aos cuidados paliativos	Acta Paul Enferm, 26(6):522-528	Desvelar o significado atribuído pelos alunos do quarto ano de curso de graduação em Enfermagem a experiência de cuidados paliativos, sendo um estudo qualitativo realizado com graduando de enfermagem por meio de entrevistas.
2015	O cuidado à pessoa em processo de terminalidade na percepção de graduandos de enfermagem	Rev Rene, 16(3):415-424	Conhecer as experiências dos graduandos de enfermagem frente o cuidado à pessoa em processo de terminalidade, por meio de um estudo qualitativo com dados coletados por entrevistas realizadas com estudantes.
2016	Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem	Esc Anna Nery, 20(2):261-267	Conhecer a percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre cuidados paliativos em oncologia pediátrica, por meio de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, sendo realizada entrevistas com os acadêmicos.

2016	Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem	Interface, Comunicação Saude Educação	Co- Conhecer a experiência dos alunos de medicina e enfermagem durante atendimento a pacientes em cuidados paliativos, sendo um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa.
------	---	---------------------------------------	--

Através da análise dos seis artigos, apresentados na Tabela 1, verificou-se em relação ao ano das publicações, que no ano de 2013 correspondeu ao período com o maior número de artigos científicos publicados sobre a questão investigada com três publicações, seguido do ano de 2016 com duas produções, e no ano de 2015 com uma publicação. Sendo que no ano de 2011 e 2012 não foram encontrados nenhuma publicação de acordo com a temática. Quanto aos periódicos, a revista nacional Ciência & Saúde Coletiva merece destaque tendo dois artigos publicados. No que se diz respeito as modalidades dos estudos, das seis publicações selecionadas e analisadas, cinco são artigos originais, e um artigo de revisão.

O número reduzido de artigos, bem como os anos, percebe-se que os cuidados paliativos não têm sido frequentes nas produções dos enfermeiros, principalmente nos cursos de pós-graduações. O tema, apesar de muito importante, bem como a necessidade de mudança do foco do tratamento meramente biomédico administrado aos pacientes em terminalidade, para uma atenção centrada no biopsicossocial ainda são incipientes e tem pouca disseminação e mesmo aceitação pelos enfermeiros.

Tal achado parece corroborar outros artigos, que avaliaram o Cuidar de um paciente em cuidados paliativos como sendo diferente, complicado, e muitas vezes um processo doloroso, no entanto ao abordar tal conhecimento o acadêmico passa a ter um olhar diferenciado sobre tal assistência, mudando o foco, de uma visão meramente biomédica, procurando ver o paciente como um todo⁹.

Percepção dos acadêmicos frente a pessoa em processo de terminalidade

Diante do final da vida, os cuidados paliativos surgem para oferecer ao paciente uma morte digna e sem dor, focando as intervenções no doente e não na doença e contrapondo o uso continuado de tecnologia para a conservação da vida. No Brasil, a cultura privilegia uma relação com o paciente terminal embasada na omissão de informações e na mentira, proibindo de fazer escolhas sobre os cuidados que gostaria de receber no final de sua vida. Pesquisas nacionais realizadas mostram a relevância do preparo e capacitação do profissional da saúde para enfrentar o processo de terminalidade¹⁰.

Para Hermes & Lamarca (2013)⁷ a enfermagem é uma das classes que mais se desgastam emocionalmente devido o constante envolvimento com os pacientes,

muitas vezes acompanhando o sofrimento, a dor, a doença e a morte do enfermo.

Os autores Santos *et al.* (2013)¹⁰ demonstraram em seu estudo que os acadêmicos de enfermagem tem uma certa resistência em lidar com a morte e não se sentem preparados para enfrentá-la. Identificaram ainda, que o preparo para assistir os pacientes terminais deve ser iniciado nos cursos de graduação para que o profissional desenvolva esta prática em sua formação e seja capaz de ver o paciente terminal como um ser humano que necessita de sua ajuda nesta etapa final de sua vida.

Silva *et al.* (2015)¹¹ apontam que os estudantes se sentem inseguros para cuidar da pessoa que está morrendo, apresentando dificuldades relacionadas tanto ao despreparo pessoal em lidar com a morte, como com a ineficiente formação para lidar com a terminalidade. Cuidar de pessoas em processo de morrer, para quem está começando sua carreira profissional, manifesta a inaptidão acadêmica para os procedimentos relacionados à situação.

Segundo Hermes & Lamarca (2013)⁷ é necessário expandir a discussão e a formação sobre os cuidados paliativos, aperfeiçoando o currículo dos cursos de graduação, com matérias que tratem da morte e dos cuidados, e na conscientização da própria população que pouco discute o assunto.

Dessa forma, Santos *et al.* (2013)¹⁰ concluem, que é de fundamental importância uma reavaliação das grades curriculares dos cursos da saúde, incluindo disciplinas que favoreçam a reflexão sobre a morte e o morrer. Apenas por meio desta formação, estes profissionais poderão proporcionar ao paciente uma morte com qualidade e a seus familiares um conforto psicológico na fase final da vida, dando enfoque na humanização do cuidado.

Do outro lado está Germano & Meneguín (2013)⁹ que concluíram em seu estudo que os graduandos de enfermagem apresentam sentimento de impotência e se sentem desapontados e frustrados ao lidar com a morte.

Nesse sentido, Silva *et al.* (2015)¹¹ completam que embora a morte esteja presente e constante no cotidiano da enfermagem, é possível certificar-se pelos relatos dos discentes que a formação nas universidades ainda não possibilita os momentos de discussões necessárias, acerca da questão da morte e morrer e que os estudantes se encontram despreparados para prestar cuidados à pacientes com doenças incuráveis que ameaçam a continuidade da vida.

Portanto, entende-se que é de relevante importância ampliar a discussão e a formação profissional acerca dos cuidados paliativos, tratando de disciplinas que contemplem assuntos relacionados a morte e os cuidados que devem ser oferecidos a quem está morrendo, além de realizar atividades com o intuito de conscientizar os acadêmicos que pouco discutem a temática, focando no

bem-estar do paciente e os benefícios ofertados a ele¹¹.

Envolvimento da família nos cuidados paliativos

A morte atual deve acontecer da maneira mais natural possível. Do mesmo modo que o parto, onde a gestante se prepara para dar à luz e existem dinâmicas para diminuir a ansiedade, assim deve ser com o paciente frente a morte, e nessa situação a família é de fundamental importância. Quando o sujeito decide morrer no seu próprio domicílio, os profissionais de saúde consideram os familiares como membros da equipe de cuidados paliativos, pois os mesmos contribuirão nos cuidados para prestar uma assistência de qualidade ao enfermo⁷.

De acordo com seus estudos, Santos *et al.* (2013)¹⁰ evidenciaram que os alunos dos cursos de enfermagem consideram o acolhimento à família importante no processo de decisão por uma morte digna, sem interferência da ciência, porém nota-se que além do acolhimento, os graduandos de enfermagem abordaram a relevância da conscientização da família a respeito do que se iria fazer com o paciente.

Para Germano & Meneguín (2013)⁹ reconhecer a individualidade do paciente e dos seus familiares, nesse estágio da vida, demanda do profissional respeito de sua condição humana e de sentimentos vivenciados diante da morte, onde também deve ser levado em consideração o cuidado na formação do profissional.

Segundo Silva *et al.* (2015)¹¹ entender as necessidades daquele que está morrendo e incluir seus familiares neste processo são comportamentos humanos imprescindíveis quando se fala em uma boa morte com cuidados humanizados. Neste sentido, salienta-se a necessidade de uma prática de assistência com qualidade e sem riscos desnecessários ao paciente, oferecida pela equipe de enfermagem como membro da equipe de cuidados paliativos, ao paciente em processo de terminalidade.

Germano & Meneguín (2013)⁹ declara que mesmo quando a família se encontra emocionalmente abalada e fragilizada continua ocupando destaque na vida do enfermo, e possivelmente facilitará para que o mesmo se sinta amparado, confiante e amado nesta situação de fragilidade quando se depara com o fim da vida.

Observou-se que os discentes mencionaram que a família deve ser incluída no cuidado paliativo ao paciente fora das possibilidades terapêuticas. Esta compreensão está associada com o que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde, em que o apoio à família ganha realce neste processo tão doloroso¹².

Germano & Meneguín (2013)⁹ concluíram em seu estudo que os acadêmicos sentem dificuldade em lidar com os familiares dos pacientes em cuidados paliativos.

Nas palavras de Silva *et al.* (2015)¹¹ é necessário abordar o preparo dos estudantes de enfermagem em

relação as situações que envolvem o processo de morte e morrer. Presume-se que habilitar os graduandos para lidarem com a morte, como um fenômeno natural da finitude humana se faz necessário para prestar cuidados, afim da preservação da dignidade da pessoa que está morrendo, e na preparação do processo de luto da família, com isso é possível desvincular a ideia da morte como um fracasso e a possibilidade de reconhecer suas limitações diante do cuidado a pessoa.

Dessa maneira, os autores Costa *et al.* (2016)¹³ afirmam que é preciso incentivar, cada vez mais, o ensino teórico e prático dos cuidados paliativos nas grades curriculares dos cursos de graduação, e estimular pesquisas que direcionem o aperfeiçoamento desta formação. Somente dessa maneira, será possível assegurar, aos pacientes no final da vida e a seus familiares, que o processo de morrer ocorra com todo o conforto e dignidade a que esses têm.

Formação dos discentes em cuidados paliativos

Nos dias de hoje, o ensino dos cuidados paliativos vem sendo pouco abordado nos cursos de graduação dos profissionais de saúde. Para que os futuros profissionais tenham uma visão humanística a respeito das necessidades dos pacientes fora das possibilidades de cura, é fundamental que ocorra uma alteração nas grades extracurriculares, oferecendo matérias específicas sobre cuidados paliativos¹³.

Para Hermes & Lamarca (2013)⁷ as universidades, cursos de graduação e de pós-graduação deveriam ter em suas grades disciplinas que discutissem sobre esses cuidados. Contudo, isso não ocorre, e na maior parte isso só acontecerá na prática, o que atrapalha o trabalho das equipes de uma maneira geral.

Guimarães *et al.* (2016)¹² aponta que para a assistência que a fase dos cuidados paliativos requer, é necessária uma formação que abranja esse assunto. No entanto, a literatura enfatiza que na formação dos acadêmicos, há predomínio da lógica biologicista. As evidências científicas em relação a necessidade de preparar o graduando para lidar com a morte demonstram que os currículos nas instituições de ensino superior não têm garantido a temática de modo eficiente.

O conhecimento dos graduandos de enfermagem destinada à experiência de cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas reforça a necessidade de formação profissional focada no modelo biomédico e curativo de assistência⁹.

Os autores Silva *et al.* (2015)¹¹ verificaram que na Argentina já existe uma formação consistente em cuidados paliativos, porém o estudo indica que nos cursos de graduação, na grade curricular ainda é oferecido como disciplina optativa e por professores sem uma formação especializada em cuidados paliativos. Para superar essa lacuna, um aspecto importante seria incluir o ensino de

cuidados paliativos por educadores devidamente capacitados e com uma formação especializada.

É relevante considerar o preparo do docente para abordar o assunto durante o curso e atitudes frente à ocorrência da morte. Um estudo sobre a morte no ambiente hospitalar evidenciou que os docentes de enfermagem agem nestas situações sem reflexão, muitas vezes desvinculando o fazer do sentir⁹.

De acordo com Silva *et al.* (2015)¹¹ é notável a grande necessidade de preparar os profissionais de saúde desde a graduação, para aprender a lidar melhor com o processo da terminalidade, sendo que na formação na maioria das vezes são instruídos a cuidar para cura da doença, não havendo um direcionamento para o enfrentamento positivo diante do acontecimento da morte.

O aspecto da espiritualidade, que é abordado na definição de cuidados paliativos da Organização Mundial de Saúde, não foi mencionado na pesquisa realizada pelos autores. Esse fato demonstra que esse assunto precisa ser melhor trabalhado, especialmente em cuidados paliativos, pois é através dela que as pessoas procuram conforto e significados para enfrentar as dificuldades que decorrem com a doença¹².

Costa *et al.* (2016)¹³ afirmam que em seus estudos todos os alunos entrevistados foram categóricos em concluir que a abordagem curricular dos cuidados paliativos não é suficiente, tanto em conteúdo quanto em incentivar os mesmos a procurar mais conhecimento sobre a temática. O aluno que não se envolver com atividades relacionadas aos cuidados paliativos forma-se sem estar preparado para dar apoio aos pacientes e familiares nestas condições.

Diante desse contexto, Guimarães *et al.* (2016)¹² concluem que o cuidado paliativo precisa ser discutido durante o curso de graduação dos profissionais de saúde, sendo este o primeiro passo para o impacto e preparo da carreira profissional.

Do outro lado está Costa *et al.* (2016)¹³ que completam que as ausências de disciplinas teóricas causam dificuldades na formação em cuidados paliativos. A criação de disciplina optativa é uma opção para superar essa discrepância, mas não consegue expandir e criar interesse sobre o tema para todos os graduandos.

Sendo assim, muito se tem a progredir quando se fala em cuidados paliativos, e os profissionais de saúde precisam compreender e explorar essa abordagem que é tão rica, porém tão pouco discutida⁷.

5. CONCLUSÃO

Com base nos artigos selecionados e analisados, constatou-se que o número de publicações que tratam dessa temática ainda é considerado escasso, sendo pouco os estudos desenvolvidos. Foi possível identificar a importância dos cuidados paliativos para o enfermo e a

família que enfrenta o processo de terminalidade e a necessidade de ser discutido com maior enfoque o assunto dentro das salas de aula. Observou-se que a formação profissional ainda é focada na doença e na cura desta, não sendo levado em consideração que é preciso aprender a lidar com a pessoa e com as diversas mudanças que ocorrem no final da vida.

Quanto as três categorias identificadas, percepção dos acadêmicos frente a pessoa em processo de terminalidade; envolvimento da família nos cuidados paliativos e a formação dos discentes em cuidados paliativos, notou-se que, apesar de alguns esforços isolados, a formação do enfermeiro para atuar com pacientes terminais ainda tem sido ineficaz. Parece-nos que tal constatação acerca do conhecimento dos graduandos a respeito do assunto pode ser justificado pela ausência da discussão do tema durante o curso.

Nessa perspectiva, diante das evidências científicas identificadas, acredita-se que esse estudo possa ajudar para uma indagação a respeito do tema, fazendo-se necessária uma reformulação das grades curriculares dos cursos de graduação em enfermagem, sendo comprovado a relevância desses cuidados e a ineficiente abordagem do conteúdo durante a formação acadêmica.

REFERÊNCIAS

- [01] Baruzzi ACA, Ikeoka DT. Terminalidade e cuidados paliativos em terapia intensiva. *Rev Assoc Med Bras*, São Paulo, 2013. p. 528-530.
- [02] Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 16.
- [03] Freitas NO, Pereira MVG. Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 2013. p. 450-457.
- [04] Oliveira MC. Enfermagem em Cuidados Paliativos: Proposta de intervenção para a assistência à saúde dos portadores de doenças crônicas. Florianópolis, 2014. p. 28-32.
- [05] Guimarães RS, Gaspar AAC. O conhecimento da enfermagem relativo ao cuidado à pacientes elegíveis para cuidados paliativos. *J Health Sci Inst*, São Paulo, 2013. p. 274-278.
- [06] Caldeira EP. Cuidados paliativos em pacientes terminais. *Vitória*, 2013. p. 10-12.
- [07] Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2013. p. 2577-2588.
- [08] Santos CKC, Andrade CG Costa ICP, Lopes MEL, Silva CEG, Santos KFO. Comunicação em Cuidados Paliativos: Revisão Integrativa da Literatura. *R bras ci Saúde*, Paraíba, v. 18, n. 1, 2014. p. 63-72.
- [09] Germano KS, Meneguini S. Significados atribuídos por graduandos de enfermagem aos cuidados paliativos. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, 2013. p. 522-528.
- [10] Santos LRG, Menezes MP, Gradwohl SMO. Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013. p. 2645-2651.
- [11] Silva RS, Oliveira CCSG, Pereira A, Amaral JB. O cuidado à pessoa em processo de terminalidade na percepção de graduandos de enfermagem. *Rev Rene*, Bahia, 2015. p. 415-424.
- [12] Guimarães TM, Silva LF, Santo FHE, Moraes JRMM. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, 2016. p. 261-267.
- [13] Costa AP, Poles K, Silva AE. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. *Interface Comunicação Saúde Educação*, Botucatu, 2016.

ESTILOS DE LIDERANÇA E O DESEMPENHO PROFISSIONAL NOS AMBIENTES DE TRABALHO

ESTILOS DE LIDERAZGO Y DESEMPEÑO PROFESIONAL EN ENTORNOS DE TRABAJO

MARA GARDENE GOMES FONTENELE¹, TATYANNE SILVA RODRIGUES^{2*}

1. Administradora de empresas pela Faculdade Santo Agostinho. Pós-graduanda em MBA Executivo pelo Instituto de Estudos Empresariais; 2. Enfermeira pelo Centro Universitário UNINOVAFAP. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. Preceptora do Curso de Enfermagem da Faculdade do Piauí.

* Autor de correspondência: Rua Walfran Batista, 491, São João, Teresina, Piauí Brasil. CEP: 64046-470. tatyanneRodrigues@hotmail.com

Recebido em 22/03/2017. Aceito para publicação em 25/04/2017

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo: compreender como os estilos de liderança influenciam no desempenho profissional no ambiente de trabalho. Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa, realizado no mês de janeiro de 2017 nas bases de dados: SciELO, LILACS, BDNF, MEDLINE, por meio dos descritores: estilos de liderança; liderança; ambiente de trabalho; administração; desempenho, ambos associados com o operador booleano *and*. Foram identificados 367 artigos científicos, que após aplicação dos critérios de inclusão, serem avaliados quanto duplicidade e adequação ao conteúdo, obteve-se um quantitativo final de 12 artigos. Foi possível observar que dependendo dos estilos de liderança adotados, estes podem apresentar influência direta no desempenho e satisfação dos liderados nos ambientes de trabalho. Entretanto, quanto melhor a qualidade da relação entre ambos, melhor é o desempenho do indivíduo liderado. Assim, diante das constantes mudanças e avanços nos sistemas de produção das organizações, exige-se que os líderes sejam mais flexíveis; incluam a participação dos seus liderados nas decisões e discussões relacionadas à organização, bem como, mantenham uma boa comunicação com a equipe; forneçam educação permanente e realizem pesquisas de satisfação no trabalho, já que por meio desses aspectos, pode-se tornar as relações mais flexíveis e dialógicas na equipe.

PALAVRAS-CHAVE: Estilos de liderança; Desempenho; Ambiente de trabalho; Administração; Liderança.

ABSTRACT

La investigación tuvo como objetivo: entender cómo los estilos de liderazgo influyen en el desempeño profesional en el lugar de trabajo. Se trata de un estudio del tipo revisión integradora, realizada en enero de 2017 las bases de datos: SciELO, LILACS, BDNF, MEDLINE, a través de los descriptores: estilos de liderazgo; liderazgo; ambiente de trabajo; administración; rendimiento, tanto asociado con el operador booleano y el operador. Se identificaron 367 artículos científicos, después de aplicar los criterios de inclusión fueron evaluados en cuanto a la duplicidad de contenido y la forma física, se obtuvo una cantidad final de 12 artículos. Se observó que, dependiendo de los estilos de liderazgo adoptados, éstas pueden tener una influencia directa sobre el rendimiento y la satisfacción conducido en el lugar

de trabajo. Sin embargo, mejor será la calidad de su relación, mejor será el rendimiento del individuo llevó. Por lo tanto, teniendo en cuenta los constantes cambios y avances en los sistemas de producción de las organizaciones, se requiere que los líderes a ser más flexibles; con la participación de sus seguidores en las decisiones y discusiones relativas a la organización, así como mantener una buena comunicación con el equipo; proporcionar educación continua y realizar encuestas de satisfacción en el trabajo, ya que a través de estos aspectos puede llegar a ser más flexibles y las relaciones dialógicas en el equipo.

KEYWORDS: Los estilos de dirección; Rendimiento; Ambiente de trabajo; Administración; Liderazgo.

1. INTRODUÇÃO

As organizações empregadoras constantemente enfrentam intensas transformações nas práticas de gestão e no modo como instituem o trabalho, o que reflete consequentemente na necessidade de mudanças significativas dos processos de produção, bem como, de uma análise cuidadosa dos tradicionais modos de gestão aplicados, uma vez que, são demandadas novas formas de gestão e que a adaptação a esta nova realidade seja rápida e decisiva pelos que lideram. Essas transformações que vêm ocorrendo no mundo, puderam ser percebidas nas práticas culturais e político-econômicas, a partir do início da década de 1970, e posteriormente, no Brasil, as quais fizeram com que as organizações substituíssem um modelo baseado na hierarquia, na racionalização e divisão do trabalho, por outro mais flexível voltado para a multifuncionalidade e inovação¹.

Os antigos modelos tradicionais de liderança, não se adequam mais de forma eficaz ao ambiente competitivo seguido pelas organizações, e as modificações advindas na atualidade, estimulam a ruptura de paradigmas pré-estabelecidos e a mudanças nas ações gerenciais. Em meio a esse ambiente, a liderança é um elemento de grande importância ao sucesso de qualquer organização².

Somado a isso, para que um processo de gestão tenha um desempenho efetivo nas organizações, não depende apenas de instrumentos e estratégias bem

planejadas, mas sim, de uma liderança eficaz e eficiente. E, isto só é possível, se a equipe a ser liderada confiar no líder, estando-os dispostos a assumirem riscos para alcançar os objetivos propostos, pois o desempenho diferenciado só será alcançado a partir da criação de uma visão estimulante de futuro por parte dos líderes¹.

Por estas razões, grande destaque é dado a promoção do trabalho em equipe e a uma forte gestão, visto que o grande desafio das lideranças é fazer com que o potencial das equipes seja conduzido ao alcance dos objetivos e resultados organizacionais de excelência, sendo isto possível, se trabalharem efetivamente em equipe. Deste modo, o papel dos líderes no contexto da administração é destacado devido à necessidade cada vez maior de melhorias no desempenho organizacional, o que exige concomitante a melhoria do desempenho das equipes³.

Liderança pode ser definida como um elemento social, que se caracteriza pela influência interpessoal exercida em uma dada situação e conduzida por meio da comunicação humana para o alcance de um ou mais objetivos. Dentre as habilidades de liderança exigidas, vale destacar: o conhecimento; experiência; confiança; disposição para trabalhar em equipe; capacidade de resolução de problemas; autodesenvolvimento; relacionamento interpessoal satisfatório; compromisso; respeito e saber ouvir⁴.

O conceito de liderança também pode ser definido como um processo de orientar, conduzir e influenciar as ações de um grupo de pessoas, transformando-as em uma equipe que gera resultados eficazes. É a habilidade de motivar e influenciar os liderados, de forma ética e positiva, para que colaborem de forma voluntária com entusiasmo para o alcance dos objetivos da equipe e da organização⁵.

Ambos os conceitos demonstram de forma evidente que o alcance dos objetivos organizacionais está diretamente ligado à maneira como o grupo é influenciado por aqueles que os lideram, bem como, pela forma que trabalham em equipe. Dessa forma, conhecer os estilos de liderança presentes nos grupos administrativos, pode ser fator decisivo para o alcance de melhores resultados e, até mesmo, para o planejamento dos gestores. Liderança também consiste em um instrumento gerencial que auxilia o profissional no enfrentamento de conflitos que possam emergir no ambiente de trabalho e no processo decisório⁶.

Dessa forma, o perfil de profissional exigido para atuar na liderança, requer habilidades cognitivas (saber) e operacionais (saber fazer), sustentadas pela ética e comprometimento (saber ser), devendo ser considerado a corporalidade, temporalidade e espacialidade do ser que lidera, já que a influência de propostas político-sociais que vem ocorrendo em diferentes momentos na sociedade, tem apontado para uma liderança mais participativa e comunicativa, a qual pode ser explicada pelos pressupostos da Teoria Contingencial de Liderança que propõe o comportamento adaptativo do líder e a adoção de

diferentes estilos de liderar conforme as expectativas dos liderados, da organização e das características da situação, naquele momento⁴.

Deste modo, o domínio do conhecimento sobre a competência profissional de gestão, permite que ao ser que lidera, orientar a dinâmica das ações de trabalho de sua equipe; influenciar na administração; na educação; na pesquisa; no aprimoramento profissional e autonomia de seus colaboradores, com o intuito de disponibilizar uma assistência integral que atenda às necessidades dos usuários dos serviços⁶.

Com isso, as organizações devem desenvolver estratégias para valorizar sua equipe profissional e estabelecer condições necessárias para o bom desempenho, satisfação e bem-estar, por meio de práticas organizacionais e gerenciais direcionadas para o desenvolvimento ativo da equipe e o aumento da competitividade organizacional. Apesar disso, poucos estudos empíricos têm sido realizados sobre os impactos das diferentes práticas e ações organizacionais nas experiências positivas dos trabalhadores. A maior parte deles, avaliam as consequências negativas que o trabalhador pode apresentar em consequência de atividades laborais estressantes e exaustivas, mesmo o bem-estar do trabalhador tendo sido apontado como fenômeno essencial para o adequado funcionamento da organização⁷.

Assim, torna-se relevante conhecer como os estilos de liderança podem influenciar no bem-estar, satisfação e bom desempenho profissional nos ambientes de trabalho, já que as repercussões negativas advindas das atividades laborais, podem atingir diretamente a qualidade dos serviços ofertados. Deste modo, a pesquisa tem como objetivo compreender como os estilos de liderança influenciam no desempenho profissional no ambiente de trabalho.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, que possibilita a reunião de estudos com diferentes métodos de pesquisas sobre o tema proposto. Seguiu-se criteriosamente as seguintes etapas: identificação do tema e seleção questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios para inclusão dos artigos; busca na literatura, extração de dados com categorização; interpretação dos resultados, apresentação da síntese final do conteúdo levantado⁸.

Para elaboração do estudo, utilizou-se a seguinte questão de pesquisa: Como os estilos de liderança influenciam no desempenho profissional nos serviços de saúde? Em seguida, os descritores controlados foram agrupados conforme variáveis e bases de dados selecionadas para a pesquisa, a saber: liderança; estilos de liderança; desempenho; ambiente de trabalho; administração, pertencentes aos Descritores em Ciências da Saúde, conforme consulta realizada, com exceção do termo desempenho e estilos de liderança, que por ser uma palavra que retrata o que se pretende

no estudo, foi utilizado como descritor não controlado

A associação entre os termos foi realizada de diferentes formas utilizando o operador booleano *and*, com o propósito garantir uma busca ampla e resgatar todos os artigos que reunisse os descritores estabelecidos para a busca, e que contemplasse o objetivo de pesquisa proposto.

O levantamento das publicações a serem incluídas na revisão, foi realizado em janeiro de 2017, por meio de periódicos científicos disponíveis *online* nas seguintes bases de dados: SciELO, BDENF, LILACS e MEDLINE, definindo como critérios de inclusão dos estudos: artigos científicos em texto completo gratuitos, disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados entre os anos de 2010 a 2017, que abordassem a temática em questão.

Após realização das estratégias de busca em cada base de dados, encontrou-se um quantitativo de 367 artigos científicos: 94 na LILACS, 50 na BDENF, 141 na MEDLINE e 82 na SciELO. Deste quantitativo, realizou-se a avaliação por adequação aos critérios de inclusão e duplicidade entre as bases, sendo excluídos 260 artigos. Após exclusão destes, procedeu-se com a leitura dos títulos e resumos dos estudos restantes, a fim de averiguar a contemplação ao tema proposto, enquadrando-se assim, somente 12 artigos para a análise final, os quais integram esta pesquisa. O fluxograma a seguir, demonstra o percurso de identificação, seleção e inclusão dos estudos selecionados, segundo base eletrônica consultada.

Por fim, posterior a extração dos dados, foi realizada a análise dos dados de forma descritiva, enfatizando as informações que abordavam e/ou respondiam a questão de pesquisa.

3. RESULTADOS

Dos 12 estudos selecionados, um (8,5%) foi publicado nos anos de 2013 e 2014; dois (16,6%) em 2011; 2012 e 2016 e quatro (33,2%) em 2015, o que demonstra que a temática permanece fazendo parte dos

objetivos de estudos em diversas áreas profissionais que exercem a prática da liderança, já que entre os artigos identificados, foi possível observar a avaliação dos estilos de liderança nas áreas de Enfermagem, Administração e Psicologia, assim como as revistas de publicação nessas áreas.

No que se refere ao delineamento dos estudos, verifica-se que a totalidade dos artigos são considerados originais, com dados primários, de abordagens qualitativas e quantitativas. Pode-se inferir com isso, um maior rigor metodológico dentre os pesquisadores que estão debatendo a temática, como também fortifica as evidências dos dados expostos, já que as informações publicadas retratam de fato a realidade do público estudado.

Quanto aos objetivos propostos pelos estudos, observou-se que a grande maioria abordava questões relacionadas ao conhecimento e exercício dos estilos de liderança; e em menor quantidade, sobre os impactos e influência da liderança nos comportamentos e desempenhos dos liderados e bem-estar no trabalho, dando uma maior relevância ao presente estudo, já que apesar de ser uma temática amplamente pesquisada, o foco na maioria das vezes, está relacionado a opiniões e formas de liderança pelos gestores, não havendo um direcionamento maior aos liderados, no que concerne a satisfação e desempenho profissional na no ambiente de trabalho frente ao estilo de liderança adotado.

Dessa forma, para melhor compreensão do levantamento bibliográfico realizado neste estudo, será apresentado no quadro a seguir, uma síntese dos resultados dos artigos selecionados, na qual destaca algumas características, tais como: autores, ano, título, periódico, tipo de estudo, objetivos e principais conclusões. Em seguida, procede-se com a discussão dos dados encontrados, como foco na identificação do objetivo proposto.

Quadro 1. Caracterização do levantamento bibliográfico incluído no estudo, Teresina, Piauí, Brasil, 2016.

AUTORES/ANO	TÍTULO	PERIÓDICO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	CONCLUSÕES
LIMA <i>et al.</i> , 2016	Exercício da liderança do enfermeiro na estratégia saúde da família	J. Res. Fundam. Care. Online	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório	Conhecer o exercício da liderança do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, bem como as dificuldades e estratégias adotadas pelos enfermeiros para liderar.	Entre as dificuldades encontradas destacaram-se a falta de apoio pela gestão municipal, falta de perfil profissional, relações interpessoais conflitantes, sobrecarga e necessidade de um ambiente profissional saudável. Entre as estratégias foi exposto o trabalho em equipe, diálogo e escuta respeito interprofissional, as quais contribuem para fortalecer a liderança do enfermeiro neste modelo assistencial.
NIEMEYER; CAVAZOTTE, 2016	Liderança ética, relação e desempenho de leader-follower:	RAM, Rev. Adm. Mackenzie	Estudo descrito e exploratório	Analisar a influência da liderança ética na relação entre líderes e seguidores, bem como	A pesquisa sugere que a liderança ética parece ter um impacto positivo na produtividade do trabalho, através da construção de

	um estudo em uma empresa de telecomunicações			suas consequências para o desempenho individual, comprometimento com metas de trabalho e cidadania organizacional	um melhor relacionamento com os funcionários. Portanto, com base nos achados, é possível recomendar ações específicas em programas de desenvolvimento de liderança, chamando a atenção para a importância de discutir dilemas éticos, comportamentos e modelos de prática.
DIAS; BORGES, 2015	Estilos de liderança e desempenho de equipes no setor público	READ	Estudo quantitativo	Analisar como os estilos de liderança dos gestores públicos influenciam o desempenho das equipes.	É preciso repensar o papel da liderança no setor público uma vez que a liderança transacional excessiva leva a um baixo envolvimento do funcionário. Este aspecto é evidenciado na medida de desempenho que revela que o comprometimento profissional das equipes é o mais baixo índice de desempenho.
RODRIGUES; FERREIRA, 2015	O Impacto do Estilo de Liderança Transacional e Transacional nos comportamentos de Cidadania Organizacional	Psico-USF	Estudo quantitativo	Investigar o impacto dos estilos de liderança transacional e de transformação sobre os comportamentos de cidadania organizacional.	Concluiu-se que as líderes transformadoras mostram-se mais aptos a levarem seus subordinados a adotar ações que vão além de seus papéis prescritos.
COSTA <i>et al.</i> , 2015	Estilos de liderança dos enfermeiros que atuam na estratégia de saúde da família	Cienc Cuid Saude	Estudo quantitativo e exploratório	Relacionar as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros que atuam em Unidade Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família em um município do Sul do Brasil com os principais estilos de liderança situacional propostos pelo modelo de Hersey e Blanchard.	As enfermeiras utilizam mais frequentemente uma liderança diretiva, em que se destaca uma supervisão mais atenta sobre os liderados, com nível de maturidade de baixo a moderado, que requer destes o desenvolvimento das atividades a partir de orientações específicas dadas pelo líder.
SILVA; MOURÃO, 2015	A influência dos estilos de liderança sobre os resultados de treinamento	Psicologia Social	Estudo quantitativo	Verificar se a percepção do estilo de liderança dos chefes influencia no impacto do treinamento no desempenho dos subordinados, tendo o suporte a transferência como variável controle.	É esperado maior impacto dos eventos de capacitação no desempenho no trabalho quando os egressos de treinamentos são liderados por gerentes focados na produção e quando recebem o suporte psicossocial necessário para aplicação das competências adquiridas.
AMESTOY <i>et al.</i> , 2014	Liderança dialógica: estratégias para sua utilização no ambiente hospitalar	Investir. Educ. Enferm.	Estudo qualitativo, do tipo estudo de caso	Analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros que facilitam a inserção da liderança dialógica no ambiente hospitalar.	O reconhecimento das estratégias de liderança dialógica em ambiente hospitalar ajuda ao enfermeiro a potencializar o cuidado no seu ambiente de trabalho.
MOURA <i>et al.</i> , 2013	Expectativas da equipe de enfermagem em relação à liderança	Acta Paul Enferm.	Estudo descritivo e exploratório	Identificar as expectativas da equipe de enfermagem em relação à liderança do futuro chefe.	As equipes de enfermagem esperam que os futuros chefes de enfermagem tenham habilidades para liderar uma equipe e proporcionar um ambiente favorável ao trabalho.
SANT'ANNA;	Bem-estar no	RAC	Estudo	Testar a relação do	Quanto mais positiva é a

PASCHOAL; GOSENDO, 2012	Trabalho: Relações com Estilos de Liderança e Suporte para Ascensão, Promoção e Salários		quantitativo	suporte organizacional para ascensão, promoção e salários, e os estilos gerenciais com o bem-estar no trabalho.	percepção de suporte, maiores são o afeto positivo e a realização do trabalhador, e menor é o afeto negativo. Ações e práticas da organização parecem ser mais importantes para o bem-estar laboral do que comportamentos específicos de gestores.
FONSECA; PORTO; BARROSO, 2012	O efeito de valores pessoais nas atitudes perante estilos de liderança	Ram, Rev. Adm. Mackenzie	Estudo quantitativo	Mensurar o efeito dos valores nas atitudes dos indivíduos em relação aos estilos de liderança transformacio-nal e transacional.	Os resultados indicam que a atitude perante a liderança transformacional é mais influenciada por valores, apontando caminhos para gestores interessados em promover esse estilo de liderança.
LIMA <i>et al.</i> , 2011	Influência dos estilos de liderança do enfermeiro nas relações interpessoais da equipe de enfermagem	Enfermería Global	Estudo qualitativo, do tipo descritivo e exploratório	Conhecer os estilos de liderança desenvolvidos pelos enfermeiros e a influência dos mesmos sob as relações interpessoais estabelecidas entre equipe de enfermagem.	Percebe-se a necessidade de construção de espaços com os enfermeiros sobre os tipos de lideranças, sua importância para a melhoria do trabalho em equipe e do cuidado prestado aos usuários do serviço.
SILVA, 2011	Liderança, estilos pessoais, estratégias e desempenho de micro e pequenos empresários do setor industrial de Fortaleza	Revista de Psicologia	Estudo quantitativo	Investigar as relações entre características pessoais, tendências de caráter e estratégias adotadas por empresários e sua relação com o sucesso de pequenas empresas do setor industrial de Fortaleza.	O estudo evidenciou que empresários com bons índices de desempenho são também os mais satisfeitos e realizados a nível pessoal e profissional, reforçando a relação entre sucesso objetivo e subjetivo. Entre as estratégias mais utilizadas, “orientação empresarial para o desempenho da empresa e dos empregados”, “prática da inovação e do uso da criatividade” e “profissionalismo” estão entre as mais efetivas para o alcance do sucesso empresarial.

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde e SciELO.

4. DISCUSSÃO

Muitas organizações tem demonstrado um interesse em desenvolver estratégias de valorização aos seus colaboradores e estabelecimento de condições necessárias para o seu bom desempenho, satisfação e bem-estar no ambiente de trabalho, visto que tais fatores, apresentam um diferencial importante para o desenvolvimento e destaque na competitividade organizacional. Entretanto, pouco se tem dado importância aos impactos que podem ser gerados pelas diferentes formas de liderança aos trabalhadores, apesar de o bem-estar no trabalho, ter sido apontado como um fator imprescindível para o funcionamento adequado das organizações⁹.

No cenário atual, muitos líderes em seu processo de trabalho possuem dificuldades em lidar com conflitos e em desempenhar uma liderança satisfatória, pois o seu fazer, por vezes prioriza a realização de atividades exclusivamente burocráticas, colocando as normas em detrimento do trabalho. Diante disso, é necessário que os líderes sejam mais flexíveis e capazes de adaptar suas ações às exigências de cada situação, e tenham a capacidade para vivenciar, experimentar, compreender

e praticar as habilidades de liderança⁶.

A liderança é caracterizada como um fenômeno de influência grupal indispensável, por agregar esforços individuais para atingir os objetivos comuns entre o grupo. Ainda consiste em um instrumento gerencial que auxilia o profissional líder a coordenar a equipe, a enfrentar conflitos que possam surgir no ambiente de trabalho e no processo decisório. Nesse contexto, para que isso seja realizado de forma amigável, é necessário incorporar o diálogo nas relações interpessoais da equipe, por ser considerado um importante instrumento para o bom desempenho da liderança⁶.

A liderança baseada no diálogo é utilizada como um instrumento de desempenho do administrador nas organizações, já que esta possibilita o estabelecimento de relações mais saudáveis, por ser considerada como a capacidade do líder de influenciar seus colaboradores a atuarem de maneira crítica e reflexiva, mediante o estabelecimento de um processo de comunicação eficiente. Com base no exposto, a liderança dialógica é entendida como uma estratégia ligada à autonomia de todos os participantes do processo de trabalho¹⁰.

Assim, é preciso que o profissional líder institua um tipo de liderança dialógica com a equipe, sendo necessário que o mesmo se afaste de qualquer postura

diretiva e autoritária, para que seja capaz de reconhecer as potencialidades de cada membro da equipe, valorize sua autonomia profissional e importância dentro da organização, resultando em vínculos profissionais saudáveis e consequentemente bom desempenho nas atividades⁶.

No entanto, nas últimas décadas, várias teorias sobre liderança foram desenvolvidas e avaliadas, e dentre estas, duas que vem sendo amplamente analisadas, que são: a liderança transformacional e a transacional. Na liderança transformacional, os líderes indicam metas que vão além dos objetivos de curto prazo e se concentram nas necessidades organizacionais mais elevadas. Já na liderança transacional, por outro lado, o foco é nos recursos apropriados em curto prazo. Ambas com a capacidade de motivar e influenciar as atividades da equipe, de modo ético, para obtenção dos objetivos em comum, mesmo que em momentos diferentes¹¹.

Já outras teorias sobre liderança, a definem como um traço inato na personalidade, onde os líderes apresentam características superiores aos demais indivíduos, tais como: inteligência, escolaridade, confiança, participação social e *status* econômico e social. Todavia, existem correntes comportamentais, que definem que a liderança pode ser ensinada, ou seja, indivíduos podem ser transformados em líderes ao invés de nascerem líderes. E, por fim, outra corrente teórica, é de que a liderança é situacional, e surge dependendo do cenário ao qual o líder está inserido¹².

A liderança situacional nasce como uma estratégia adequada para a sobrevivência e o sucesso organizacional, já que é compreendida como uma ferramenta indispensável no processo de trabalho, por abordar as relações interpessoais no momento de coordenar uma equipe, fornecendo subsídios para o desenvolvimento de um grupo de trabalho unido e comprometido com a qualidade da assistência desenvolvida¹³.

Um aspecto que vale ser ressaltado é o fato de que os estilos de liderança, predominantes nas organizações, distinguem líderes de diferentes personalidades, uns com pouca preocupação com os liderados e produção e outros com grande preocupação em ambos os quesitos. Essa diferença entre esses pontos de vista, demonstra que não só a organização e as atividades influenciam os estilos de liderança, mas também a percepção dos líderes e dos liderados¹².

Diante disso, observa-se como o comportamento do líder pode determinar o desempenho do grupo no ambiente de trabalho, sendo importante que haja maiores investimentos na qualificação gerencial, com o propósito de preparar os líderes para uma atuação integrada, com foco nas ações relacionadas a produção, como também, para os relacionamentos interpessoais. Outro aspecto que merece atenção, é o suporte psicossocial e material dos colaboradores, já que é um fator que tem íntima influência no desenvolvimento profissional¹².

Existem diferentes formas de mensurar o

desempenho profissional, o qual envolve três níveis de análise: organizacional, da equipe ou individual. No nível organizacional avalia-se as formas de planejamento, acompanhamento e a avaliação da produtividade. À nível grupal, a avaliação concentra-se sobre os projetos e processos de trabalho, isto é, sobre as equipes. E, finalmente, no nível individual, o objeto a ser avaliado é o resultado do trabalho e o seu comportamento no ambiente de trabalho. Assim, é possível observar a influência do seu estilo de liderança tanto em nível individual, quanto em equipe, e que o desempenho e sucesso organizacional, depende da capacidade de um indivíduo para conduzir os indivíduos, bem como os recursos materiais disponíveis¹.

Vale ressaltar que não há um único estilo de liderança apropriado para toda e qualquer situação. O estilo de liderança a ser adotado de forma individual ou em grupos vai depender do nível de maturidade dos liderados. No entanto, o líder deve agir com compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade na tomada de decisão, comunicação; e, considerar às dificuldades que afetam os membros do grupo e aos conflitos decorrentes de problemas de relacionamento ou do próprio processo de trabalho¹³.

Em um estudo realizado em Porto Alegre sobre liderança¹⁴, destaca que o predomínio de mulheres nos cargos de líder, pode ser considerado um fator positivo, uma vez que, as mulheres são consideradas compreensivas, envolvem-se em práticas de liderança participativa e encorajam mais a equipe de trabalho do que os líderes homens. Estes conceitos apontam para um modelo participativo de gestão, em que todos os profissionais sejam envolvidos nas tomadas de decisões. Vale destacar ainda, que uma assistência de qualidade só é prestada em uma organização, quando a equipe sente-se satisfeita no seu ambiente de trabalho, expressando seu completo desempenho, ao exercer suas atividades.

Deste modo, os resultados satisfatórios de uma organização podem ser diretamente relacionados com o líder e pela sua influência sobre o desempenho individual da equipe. Estes resultados surgem quando o líder assume comportamentos que promovam o apoio, o reconhecimento e o desenvolvimento dos liderados, desempenhando assim, um papel importante em relação ao envolvimento, iniciativa e desempenho do funcionário¹⁵.

Em um estudo realizado no Distrito Federal sobre o bem-estar no trabalho⁹, destaca que a ascensão, promoção e melhores salários, apresentou-se como um fator importante para todas as dimensões do bem-estar. E, sugere que as organizações deveriam se preocupar em desenvolver ações que melhorem a opinião dos trabalhadores acerca de retribuições financeiras e benefícios, perspectivas de promoção salarial ou funcional, e ascensão e desenvolvimento de carreira.

Portanto, com o intuito de alcançar um trabalho satisfatório é preciso que o líder adote um estilo de liderança que potencialize as ações realizadas pela

equipe e colabore para o aprimoramento individual e coletivo dos liderados, bem como, o bom relacionamento no ambiente de trabalho precisa ser garantido para que seja reduzida, ao máximo, a insatisfação no contexto do trabalho, uma vez que, o relacionamento interpessoal é apontado como segunda causa de desmotivação nas organizações, além de afetar a qualidade do serviço prestado, gerando descuido, desinteresse e indiferença⁶.

As atitudes e ações dos líderes de uma organização exercem influência direta nas percepções e comportamentos dos seus colaboradores, dada a relevância que líderes assumem na compreensão de diversos fenômenos do contexto das organizações, pela relação entre seus comportamentos e o bem-estar do trabalhador⁹.

Uma liderança eficaz pode melhorar o desempenho dos funcionários e das organizações, tendo em vista que sua atuação reflete na satisfação; na geração de ideias e reflexão da equipe que, por sua vez, promove a inovação. Além disso, pode impactar na comunicação, gestão de conflitos, concordância e confiança da equipe. Tudo isso, consequentemente, gerará efeitos no próprio desempenho da equipe, sendo importante analisar a dinâmica líder-liderado de forma a identificar o estilo de liderança mais eficaz para melhorar esse desempenho¹.

Assim, para que se possa determinar qual o estilo de liderança seja mais apropriado em uma situação específica, o líder deve inicialmente identificar a área de atividade do indivíduo ou grupo no qual deseja influenciar, determinar o grau de maturidade do indivíduo ou grupo e decidir entre os estilos de liderança existentes, qual o mais adequado para aquele liderado ou grupo na área determinada¹³.

No que se refere à relação entre líder e liderados, observou-se que quanto melhor a qualidade da relação entre ambos, melhor é o desempenho do indivíduo liderado. O envolvimento do líder neste processo é relevante, pois é a chave para o sucesso organizacional e do comportamento dos funcionários, é o estilo de liderança adotado pelo administrador, já que um líder pode influenciar diretamente o desempenho do pessoal ao ajudar a remover obstáculos associados ao trabalho, fornecendo o apoio necessário, encorajamento e criando uma relação mais construtiva¹⁵.

A capacidade do líder em motivar sua equipe, é um fator relevante nas organizações, pode ser considerada um impulso para a satisfação profissional, que permite o crescimento e desenvolvimento organizacional, podendo ser utilizada pelos líderes como uma estratégia gerencial no desenvolvimento de competências, visto que canaliza e sustenta o comportamento dos indivíduos no ambiente de trabalho e sua influência no seu desenvolvimento produtivo¹⁶.

Em um estudo realizado com enfermeiros acerca das atividades relativas ao processo de trabalho com os estilos de liderança¹³, identificou que os problemas comportamentais e conflitos entre os funcionários, demandam do líder uma capacidade de comunicar-se

abertamente com a equipe, bem como, ter uma postura firme para tomada de decisões e soluções diante das ocorrências, com atenção especial aos motivos que possam interferir o bom desempenho da equipe.

O simples gerenciamento do trabalho e a presença do líder no dia a dia organizacional, independente do estilo adotado, têm associação com o bem-estar no trabalho. Quando os gestores se comportam considerando as necessidades dos liderados, a qualidade dos relacionamentos e as condições que podem facilitar a realização do trabalho, emoções e humores positivos, como prazer, entusiasmo e tranquilidade, tendem a aumentar, e emoções e humores negativos, como ansiedade, raiva e depressão, tendem a diminuir consideravelmente⁹.

Portanto, embora o ambiente de trabalho tenha metas e objetivos a serem atingidos, é um contexto permeado por emoções, gênios e experiências de realização pessoal, que os trabalhadores reagem emocionalmente às práticas e ações organizacionais, e desenvolvem expectativas e avaliações quanto à possibilidade de expressar seus potenciais e avançar em direção a metas pessoais. Assim, as práticas organizacionais devem oferecer condições de trabalho adequadas e permitir que o trabalhador encontre suporte para seu desenvolvimento pessoal e profissional⁹.

Nesta perspectiva, faz-se necessário debater a formação dos líderes desde o contexto acadêmico, com o intuito de prepará-los para o enfrentamento dos desafios apresentados à coordenação de uma equipe, especialmente quanto a liderança, que se deve dar por meio de um processo de aprendizagem contínuo e ser consolidado na prática profissional. Para os liderados, devem ser ofertadas possibilidades de amadurecimento, para que assim, o estilo de liderança deixe de concentrar-se na tarefa, e seja mais direcionado às relações interpessoais¹³.

5. CONCLUSÃO

Diante do exposto, constatou-se a importância e a complexidade da temática em estudo, ao considerar que a competência profissional na liderança, representa a base das relações entre os líderes e os demais integrantes da equipe, e que dependendo do estilo de liderança adotado pelos gestores, têm-se uma influência direta no desempenho e satisfação profissional dos liderados. Já que, foi possível identificar em alguns estudos, que os profissionais não sabem definir o estilo de liderança adotado na prática, e quando definem, há o predomínio do estilo de líder autocrático e burocrático, o que por um lado pode aumentar a produtividade, porém por outro, ampliar os conflitos e lacunas existentes nas relações interpessoais.

Assim, tendo em vista as constantes mudanças e avanços nos sistemas de produção, é exigido que os líderes sejam mais flexíveis, bem como, incluam a participação dos seus liderados nas decisões e

discussões relacionadas à organização. Cabe ressaltar ainda, que é importante que os líderes tenham uma boa comunicação com a equipe, forneça educação permanente, pesquisas de satisfação no trabalho, pois por meio desses aspectos pode-se tornar as relações mais flexíveis e dialógicas na equipe.

Entretanto, para que isso ocorra de forma satisfatória, é necessário que o líder desenvolva um estilo de liderança que potencialize as ações realizadas pela equipe e colabore para o aprimoramento individual e coletivo. Dessa forma, o líder necessita conhecer, estudar, exercitar, aplicar, refletir, crescer, avançar, aprimorar, experimentar, ousar e criar novas práticas de liderança e adequá-las a cada situação específica. Assim torna-se necessário implementar programas e estratégias que auxiliem no desenvolvimento de líderes, bem como projetos de educação permanente, a fim de capacitá-los para o cargo, visto que o líder precisa ter algumas características indispensáveis para a afirmação dessa competência profissional.

Por fim, recomenda-se que sejam realizados mais estudos sobre a temática, em especial, direcionadas ao desempenho e satisfação profissional dos liderados nos ambientes de trabalho, já que apesar de ser uma temática amplamente estudada em diversas áreas profissionais, como pôde se observar nos resultados, torna-se necessário que o escopo seja mais direcionado aos liderados, e não somente para os líderes, pois insatisfação no trabalho, atinge diretamente o rendimento e qualidade do serviço prestado.

6. REFERÊNCIAS

- [1] Dias MAMJ, Borges RSGe. Estilos de liderança e desempenho de equipes no setor público. READ. Rev. eletrôn. adm., 2015; 21 (1): 200-221.
- [2] Fonseca AMdeO, Porto JB, Barroso AC. O efeito de valores pessoais nas atitudes perante estilos de liderança. RAM, Rev. Adm. Mackenzie. 2012; 13 (3): 122-149.
- [3] Zenteno-Hidalgo AC, Silva CAD. Factores y prácticas de alto desempeño que influyen en el clima laboral: análisis de un caso. Innovar. 2016; 26 (59): 119-136.
- [4] Guerra KJ, Spiri WC. Compreendendo o significado da liderança para o aluno de graduação em enfermagem: uma abordagem fenomenológica. Rev. Bras. Enferm. 2013; 66 (3): 399-405.
- [5] Santos Idos, Castro CB. Características pessoais e profissionais de enfermeiros com funções administrativas atuantes em um hospital universitário. Rev. esc. enferm. USP. 2010; 44 (1): 154-160.
- [6] Trindade LdeL, Amestoy SC, Muniz LA, Biolchi T, Pires DEPde, Backes VMS. Influencia de los estilos de liderazgo del enfermero en las relaciones interpersonales del equipo de enfermería. Enferm. Glob. 2011; 10 (22).
- [7] Sant'anna AdeS, Campos MS, Lotfi S. Liderança: o que pensam executivos brasileiros sobre o tema? RAM, Rev. Adm. Mackenzie. 2012; 13 (6): 48-76.
- [8] Mendes KDS, Silveira RCdeCP, Galvao CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. 2008; 17 (4): 758-764.
- [9] Sant'anna LL, Paschoal T, Gosendo EEM. Bem-estar no trabalho: relações com estilos de liderança e suporte para ascensão, promoção e salários. Rev. Adm. Contemp. 2012; 16 (5): 744-764.
- [10] Amestoy SC, Backes VMS, Thofehn MB, Martini JG, Meirelles BHS, Trindade LdeL. Dialogic leadership: strategies for application in the hospital environment. Invest. Educ. Enferm. 2014; 32 (1): 119-127.
- [11] Rodrigues, A. De O.; Ferreira, M. C. The Impact of Transactional and Transformational Leadership Style on Organizational Citizenship Behaviors. Psico-USF. 2015; 20 (3): 493-504.
- [12] Silva NdeSOda, Mourao L. A influência dos estilos de liderança sobre os resultados de treinamento. Estud. Pesqui. Psicol. 2015; 15 (1): 260-283.
- [13] Costa EMS, Peres AM, Bernardino E, Sade PMC. Estilos de liderança dos enfermeiros que atuam na estratégia de saúde da família. Cienc Cuid Saude. 2015; 14 (1): 962-969.
- [14] Moura GMSSde, Inchauspe JAF, Dall'Agnol CM, Magalhães AMMde, Hoffmeister LV. Expectativas da equipe de enfermagem em relação à liderança. Acta Paul. Enferm. 2013; 26 (2): 198-204.
- [15] Niemeyer JRL, Cavazotte FdeSCN. Ethical leadership, leader-follower relationship and performance: a study in a telecommunications company. RAM, Rev. Adm. Mackenzie. 2016; 17 (2): 67-92.
- [16] Lima FS, Amestoy SC, Jacondino MB, Trindade LdeL, Silva CNda, Fuculo Junior PRB. The exercise of leadership of nurses in the family health strategy. Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online. 2016; 8 (1): 3893-3906.

ATENÇÃO FARMACÊUTICA COMO PROMOTORA DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

PHARMACEUTICAL ATTENTION AS PROMOTER OF RATIONAL DRUG USE

MATHEUS BARBOSA^{1*}, SAMUEL BOTIÃO NERILO²

1. Aluno do curso de graduação em Farmácia da UNINGÁ; 2. Professor Doutor do curso de Farmácia da UNINGÁ.

* Rua Irmã Isabel Padierna, 769. Cj. Hab. Parigot de Souza, Maringá, Paraná, Brasil. CEP:87047-210. barbosa.mth@gmail.com

Recebido em 20/10/2016. Aceito para publicação em 16/01/2017

RESUMO

A atenção farmacêutica é conceituada como um conjunto de ações voltadas principalmente à promoção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial visando o acesso e seu uso racional e garantindo a qualidade dos produtos e serviços. Uma vez que existem dados brasileiros preocupantes a respeito do uso irresponsável de medicamentos, o objetivo deste trabalho foi evidenciar a importância da prática farmacêutica como promotora do uso racional de medicamentos, bem como dos métodos de intervenção. Para isso utilizou-se uma busca nos bancos de dados eletrônicos fazendo uso dos descritores: automedicação; prática farmacêutica; cuidados farmacêuticos e medicação. Os resultados demonstraram que os principais métodos de intervenção são: prescrição farmacêutica, incentivo à automedicação responsável, prestar informações necessárias e importantes ao usuário para uma correta avaliação e consequentemente uma correta intervenção junto ao paciente. Conclui-se que a prática da atenção farmacêutica é uma das principais formas disponíveis para a promoção do uso racional dos medicamentos, pois o farmacêutico é o profissional que conhece todos os aspectos relacionados ao medicamento, podendo assim oferecer ao usuário maior acesso à informação que por sua vez passará a utilizar os medicamentos de forma correta e segura.

PALAVRAS-CHAVE: Prática farmacêutica; automedicação; prescrição farmacêutica; automedicação responsável.

ABSTRACT

The pharmaceutical care is defined as a set of actions focused mainly to the promotion and restoration of health, both individual and collective, taking the medicine as essential input aimed at access and rational use and ensuring the quality of products and services. It is known that Brazil presents alarming data irresponsible use of drugs. The aim of this study was to demonstrate the importance of the pharmaceutical practice as promoting the rational use of drugs and intervention methods. For this we used search in the electronic databases making use of words such as: self-medication; pharmaceutical practice;

pharmaceutical care and medication. The search results pointed out that the main methods of intervention are: prescription pharmaceuticals, encouraging responsible self-medication, give all the necessary and important information to the user for proper evaluation and consequently a correct intervention to the patient. We conclude that the practice of pharmaceutical care is one of the main forms available to promote the rational use of medicines, because the pharmacist is the professional who knows all aspects related to the drug, and thus can offer the user greater access to information in turn will use the drugs correctly.

KEYWORDS: Pharmaceutical practice; self-medication; prescription pharmaceuticals; responsible self-medication.

1. INTRODUÇÃO

A prática da automedicação é comum e é vivenciada por civilizações de todos os tempos, com características peculiares a cada época e a cada região. É alarmante o consumo de medicamentos advindos do uso irresponsável, ou seja, utilizando a automedicação¹.

Rosse *et al.* (2010)² demonstraram após a análise, que dos 68 acadêmicos entrevistados, cerca de 97% deles faziam uso de medicamentos sem indicação ou receita médica. Castro *et al.* (2006)³ que já havia feito um estudo com metodologia semelhante demonstrou que dos 86 alunos entrevistados, 84% deles fez uso de medicamentos sem prescrição; além deste dado, cerca de 59% destes alunos abandonaram os tratamentos. Vilarino (1998)⁴ retratou também em 1998 que das 413 pessoas entrevistadas na cidade de Santa Maria-RS, 289 utilizaram algum tipo de medicamento que simboliza 69,9% e destes, 220 se automedicaram ao menos uma vez, ou seja, 76,1% destas pessoas se medicaram por conta própria. Aproximadamente um terço das internações ocorridas no País tem como origem o uso incorreto de medicamentos. Assim como nos últimos anos, em 2011 as intoxicações provocadas por medicamentos chegaram a 29,5% dos casos⁵. Aliado ao fato de que o Brasil é um dos maiores

consumidores mundiais de medicamentos, cujo gasto chega a 22,1 bilhões de dólares, é de suma importância o controle do uso indiscriminado de medicamentos⁶.

O trabalho de Arrais *et al.* (1997)⁷ traçou um perfil da automedicação utilizando análise da procura de medicamentos em farmácias, sem prescrição médica ou aconselhamento do farmacêutico/balconista. Os autores concluíram que a automedicação no Brasil refletia as carências e hábitos da população e que possivelmente poderia ser influenciada pela prescrição médica e sua qualidade prejudicada pela baixa seletividade do mercado farmacêutico. Também demonstraram que as mulheres entre 16 e 45 anos são as que mais utilizam medicamentos sem prescrição e nos homens o hábito é mais comum em idade mais avançada. Os dados mostram também que a escolha de medicamentos é baseada principalmente na recomendação de pessoas leigas sendo também relevante a influência de prescrições médicas anteriores⁷.

A atenção farmacêutica é determinada pelo Conselho Nacional de Saúde na resolução 338/2004 como “um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional”. Na mesma resolução determina-se que faça parte da atenção farmacêutica a “garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população” além de delegar como responsabilidade do farmacêutico a interação direta com o usuário “buscando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis”⁸.

Para a Organização Mundial da Saúde, “o paciente deve receber medicamento apropriado a sua necessidade clínica, na dose e posologia correta, por tempo adequado e ao menor custo para si e para comunidade” Hepler & Strand (1990)⁹ apontam a preocupação com os possíveis problemas que os medicamentos poderiam causar, e desta forma listaram categorias de problemas relacionados aos medicamentos, que foram essenciais para o pontapé inicial da atenção farmacêutica¹⁰.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) salienta que o consumo de medicamentos está relacionado também com o difícil acesso aos serviços de saúde, que por sua vez, gerou o hábito de se automedicar, pois considera o medicamento como um produto que pode ser consumido sem a orientação devida⁸. Desta forma, sabendo da importância do farmacêutico e de seus cuidados, aliada com a necessidade da ampliação da conscientização sobre o uso racional de medicamentos, o objetivo deste artigo foi relacionar a importância da atenção farmacêutica com o uso racional de medicamentos, enfatizar a mediação do farmacêutico bem como salientar a importância do auxílio da prescrição farmacêutica para diminuir os casos de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM's).

2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica, por meio de busca retrospectiva nas bases de dados eletrônicas do Portal de Periódicos da Capes e SCIELO (Scientific Electronic Library Online), utilizando como busca as palavras-chave: prática farmacêutica; cuidados farmacêuticos; atenção farmacêutica; automedicação; prescrição farmacêutica; automedicação responsável; medicamentos.

Para escolha dos artigos foram avaliados os títulos e resumos, obedecendo os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, publicados na íntegra em periódicos brasileiros, nos idiomas português, inglês ou espanhol, e que abordassem os seguintes temas relevantes: Importância da atenção farmacêutica e assistência farmacêutica; problemas relacionados aos medicamentos; prevalência de automedicação e consumo de medicamentos.

A análise dos artigos foi realizada primeiramente a partir da leitura dos resumos, com posterior leitura do texto completo, contendo as variáveis para caracterização das publicações. Foram selecionados 19 artigos não fazendo discriminação de datas, visto que o tema abordado é recente dentro da ciência farmacêutica.

3. DESENVOLVIMENTO

A atenção à saúde se dá pelas ações individuais ou coletivas que buscam promover a saúde e prevenir agravos, melhorando o diagnóstico, e a manutenção da saúde que não é uma tarefa fácil de se pôr em prática, tendo em vista todos os aspectos a serem levados em consideração para que tenhamos um uso considerado racional dos medicamentos e sabendo que a promoção do uso racional não depende somente do farmacêutico, mas também de outros profissionais da saúde, políticos, governo, comércio e indústria. O farmacêutico possui papel fundamental no processo de promoção do uso racional de medicamentos pois suas ações podem fornecer condições que ampliem a informação para a comunidade, e para que isso ocorra de forma adequada, pode-se utilizar de alguns recursos para impulsionar o uso correto dos medicamentos^{10,11}.

White (1999)¹² estimou que as reações adversas estão entre as cinco principais causas de morte nos hospitais dos EUA, colocação esta que supera as mortes causadas por pneumonia ou diabetes. Patel (2002)¹³ analisou dados de 12 ensaios sobre atendimentos de emergência provocados por medicamentos e seus resultados mostraram que 28% de todos os atendimentos de emergência estão relacionados ao uso incorreto dos medicamentos, onde, destes atendimentos, cerca de 70% se classificavam como ocorrências evitáveis.

A Atenção Farmacêutica é uma ferramenta que visa

encurtar a relação entre o farmacêutico, que é quem conhece o medicamento, com o paciente. Sua importância se dá pela facilitação do acompanhamento farmacoterapêutico, pois o profissional pode identificar e solucionar os problemas relacionados aos medicamentos, identificados como “PRM’s” que foram classificados na Espanha pelo Consenso de Granada, onde também, foram definidos alguns conceitos e métodos de acompanhamento farmacoterapêuticos¹⁴.

Com os cuidados do farmacêutico, o principal beneficiário é o paciente que passa a receber qualidade de vida, pois participa de um acordo social colaborativo entre as várias áreas da saúde, pois existe um número maior de profissionais preocupados diretamente com sua saúde. Ainda assim, o paciente não é o único beneficiado, pois com a incorporação do farmacêutico, se tem uma diminuição nos custos operacionais, pois este é um profissional de graduação superior e com formação voltada justamente para o medicamento, aliado a isto, o farmacêutico normalmente é o primeiro profissional procurado para tratar da saúde do enfermo, e em certos momentos acaba sendo o único profissional solicitado¹⁴.

Segundo Arnaldo Zubioli (2000)¹⁵ o farmacêutico sempre tem algo a dizer quanto a automedicação, pois na automedicação, o usuário normalmente recorre a duas alternativas, a primeira que é não se medicar e a segunda que é utilizar remédios caseiros ou se automedicar com medicamentos industrializados e por estes motivos o usuário procura uma farmácia para encontrar soluções para sua doença.

Para Arrais *et al.* (1997)⁷ os problemas que levaram os usuários a se automedicar, não justificava o uso dos medicamentos, pois eram doenças autolimitadas ou provocados por carências nutricionais. Além destes erros, um outro uso inadequado também foi o uso incorreto dos medicamentos, como a indicação de antibióticos para a cura de viroses respiratórias ou tosse.

E para que estes erros não ocorram, Zubioli (2000)¹⁵ indica que o farmacêutico deverá possuir conhecimentos que permitam a ele indicar ou então desaconselhar certos medicamentos em situações de automedicação simples e em vista disso, o farmacêutico é um grande fomentador ao uso racional, pois o farmacêutico é o único profissional que entende de todos os pontos relacionados ao medicamento.

A indicação errada dos antibióticos é um problema descrito por Santos e Nitrin (2004)¹⁶ que pode levar ao desenvolvimento de microrganismos possivelmente resistentes aos tratamentos usuais, consequentemente acarretando danos graves aos pacientes ou até mesmo levá-lo ao óbito.

Melchior *et al.* (2015)¹⁷ que analisaram as intervenções farmacêuticas entre 1990 e 2010, observaram que a intervenção feita pelo farmacêutico promoveu uma efetiva redução na mortalidade dos pacientes que reali-

zaram um acompanhamento junto a um farmacêutico.

Segundo Zubioli (2000)¹⁵, além de dar todas as informações necessárias e importantes ao usuário para uma correta avaliação e consequentemente uma correta intervenção junto ao paciente, o profissional deve analisar a situação de modo a entender fatores importantes relacionados à doença, que são: determinar o início do problema, a quanto tempo o paciente está acometido, a descrição da patologia, fatores que possam agravar ou aliviar possíveis sintomas, além de possíveis tentativas de tratamentos anteriores. O farmacêutico deve também avaliar características pessoais do indivíduo, como a idade e o sexo. Caso seja uma mulher, se está grávida ou amamentando, se já possui antecedentes alérgicos ou reações adversas e ainda se o paciente possui alguma doença crônica, como a asma, por exemplo.

O uso irresponsável não pode apenas ser relacionado ao uso indiscriminado de medicamentos, mas também aos erros de prescrição e as propagandas que prometem a melhora imediata de problemas que atrapalham o dia a dia do cidadão. Pode-se apontar que a indicação farmacêutica é uma ferramenta que pode promover a melhoria desta condição pois traz informações importantes para o uso correto deste medicamento, que pode ser atribuído não tão somente pela indicação correta à doença, mas também para a precisa indicação nos aspectos como idade, sexo entre outros pontos¹⁸.

Uma das atribuições do farmacêutico em seu exercício profissional é promover proteger e recuperar a saúde dos usuários, o farmacêutico pode discutir casos clínicos com outros membros da equipe de saúde, podendo assim, contribuir com informações que ajudem na substituição, interrupção ou ajuste da farmacologia, intensificando assim o cuidado junto ao paciente, e, uma forma de auxiliar nesse cuidado é a prescrição farmacêutica, que é autorizada pela lei 586/2013¹⁹.

A prescrição farmacêutica é um processo seguro ao paciente, pois o profissional especialista em prescrição clínica, deve seguir uma série de etapas para uma correta prescrição, como identificar a necessidade e o objetivo terapêutico, selecionar os medicamentos seguros, eficazes e convenientes ao paciente, fazer a prescrição por escrito, acompanhar e documentar os resultados, tudo isso deixando sempre o paciente ciente e bem orientado quanto às decisões²⁰.

Não são todos os medicamentos que podem e serão prescritos pelos farmacêuticos, só serão indicados os medicamentos isentos de prescrição médica, ou seja, analgésicos, antitérmicos, antiácidos que são medicamentos para enfermidades comuns, e que não necessariamente necessitam de intervenção médica, inclusive estes medicamentos são comprados deliberadamente quando apontado por conhecidos, ou pela influência da propaganda ou seja, sem nenhuma responsabilidade ou instrução.

Com a prescrição o paciente receberá instruções sobre a indicação e uso correto vinda de um profissional tecnicamente habilitado, pois somente será feita quando reconhecida a necessidade do paciente fundamentados em critérios éticos e profissionais^{20,24}

Existem Problemas Relacionados aos Medicamentos que são comumente chamados de PRM's, onde em 2002, o Segundo Consenso de Granada²² o definiu como um problema derivado da farmacoterapia que ou não trouxeram os efeitos desejados ou então provocaram reações indesejadas.

Também no Segundo Consenso (2002)²² de Granada, os PRM's foram classificados nas seguintes classes: necessidade, efetividade e segurança, e ainda subclassificados em evitáveis que normalmente são provocados por falhas de processos, sistemas ou profissionais, que podem ou não ser experientes, e não evitáveis. Com isso abrimos uma gama de problemas preveníveis que o uso indiscriminado ou não assistido pode provocar. Um problema de saúde provocado pelo uso de um medicamento que não é necessário é classificado como um PRM de necessidade. Podemos também indicar uma relação íntima entre os (PRM's) e Reações Adversas aos Medicamentos (RAM's), visto que as reações adversas são classificadas também, como um problema relacionado aos medicamentos. Estas reações, são relacionados à ação farmacológica, ou seja, é resultado do efeito provocado pelo medicamento, que provoca por sua vez algum tipo de dano, e ainda assim, mesmo que estes problemas sejam esperados, não se pode considerar a sua prescrição como um erro²³.

Existem planos de atenção aos quais o farmacêutico deve fazer uso para um correto acompanhamento junto ao paciente, os planos mais utilizados para esta prática são: o método Dáder, que é espanhol, e o método americano conhecido como Modelo de Minnesota que se diferenciam principalmente pela forma com que os problemas são classificados, pois a não adesão ao medicamento é considerado um PRM, enquanto pelo método de Minnesota, este é considerado como um problema alheio, ou seja, não é reconhecido como um problema farmacoterapêutico¹⁴.

Em todos os casos, tanto a prescrição farmacêutica como a automedicação responsável, são métodos que conseguem promover uma diminuição no uso incorreto dos medicamentos, sejam eles por desconhecimento dos riscos atrelados aos medicamentos, como problemas de falta de informação ou indicações errôneas feitas por conhecidos neste processo. Independentemente do método abordado pelo farmacêutico, este deve corrigir, os equívocos do paciente, e de forma profissional, buscar primeiramente a solução dos problemas para que assim melhore a saúde de quem o procurou^{24,17}.

5. CONCLUSÃO

Diante do que foi apresentado a atenção farmacêutica é a principal forma de promover o uso racional de medicamentos, pois dará ao paciente mais acesso de informações corretas e confiáveis sobre medicamentos que são comumente utilizados no tratamento das doenças mais comuns, com isso, deixa-se de acreditar principalmente nas propagandas que prometem alívio imediato das patologias, e o farmacêutico que é um profissional que entende os perigos relacionados a estes medicamentos, pode indicar, de forma independente do método, qual é o melhor medicamento para sua enfermidade, inclusive quando necessário, dar suporte sintomático até que se ocorra o encaminhamento ao médico, para que assim, os medicamentos não sejam utilizados em vão. Ainda assim, o farmacêutico pode utilizar sua proximidade com o paciente para convencê-lo a aderir à terapia proposta, conseguindo mostrar ao paciente a real necessidade do uso deste medicamento.

Ligado a estas estratégias, pode-se também utilizar o incentivo a educação e a informação. Promover um maior controle sobre a venda dos medicamentos em geral, além da limitação das propagandas que induzem a compra prometendo soluções imediatas, unida com a ampliação da indicação de tratamentos não medicamentosas, como exercícios físicos e boa alimentação.

REFERÊNCIAS

- [01] Paulo LG, Zanine AC. Automedicação no Brasil. Rev. Ass. Med. Bras., 34: 69-75, 1988.
- [02] Rosse WJD. Perfil da automedicação em acadêmicos do curso de farmácia da Univiçosa, Viçosa-MG. Rev. Bras. de Farm. 92(3): 186-190, 2011.
- [03] Castro HC, *et al.*, Automedicação: Entendemos o risco? Infarma, 18(9): 17-3, 2006
- [04] Vilarino JF. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil, Rev. Saúde Pública, 32 (1): 43-9, 1998.
- [05] Aquino D. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? Cienc. Saúde Coletiva, 13 :733-6, 2008.
- [06] Dos Santos EC, Ferreira MA. A indústria farmacêutica e a introdução de medicamentos genéricos no mercado brasileiro. Nexos Econ, 6(2):95-119, 2012.
- [07] Arrais PSD, *et al.*, Perfil da automedicação no Brasil. Rev. Saúde Pública, 31 (1): 71-7, 1997
- [08] Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 338 de 06 de Maio de 2004. Regula a política nacional de Atenção Farmacêutica.
- [09] Hepler CD, Strand LM. Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica. . Pharmaceutical Care España 1: 35-47, 1999.
- [10] Organização Mundial da Saúde, Conferência Mundial Sobre Uso Racional de Medicamentos, Nairobi, 1985.
- [11] Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2488 de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.
- [12] White TJ, Arakelian A, Rho JP. Counting the costs of the

- drug-related adverse events. *PharmacoEconomics*; 15(5): 445-58. 1999.
- [13] Patel PZ. Drug-related visits to the emergency department: how big is the problem? *Pharmacotherapy*; 22(7): 915-23. 2002.
- [14] Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Rev. Brasileira de Ciências Farmacêuticas*; 44(4) , 601-11, 2008.
- [15] Zubioli A. O farmacêutico e a automedicação responsável. *Rev. Pharmacia Brasileira*, 23-3, 2000.
- [16] Santos V, Nitrini SMOO. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública*, 38(6) : 819-26, 2004.
- [17] Melchior *et al.* Efeitos da atenção farmacêutica nos resultados em saúde dos pacientes: revisão sistemática com meta-análises. *Rev. Value in Health*, 18: 805-78, 2015.
- [18] Fefer E. Uso racional de medicamentos. In: Bermudez JAZ, Bonfim JRA, organizadores. *Medicamentos e a reforma do setor saúde*. 45-10, 1999.
- [19] Conselho Federal de Farmácia, Resolução nº 585 de 29 de Agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências.
- [20] Conselho Federal de Farmácia, Resolução nº 586 de 29 de Agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências.
- [21] Comité de Consenso. Segundo consenso de Granada sobre problemas relacionados com medicamentos. *Ars Pharm*, 43 (3-4): 175-9, 2002.
- [22] CINFARMA, Folha informativa farmacoterapêutico, Dmne/Minsa, 6(7): 1-12, 2015.
- [23] Conselho Regional de Farmácia - São Paulo (estado), Prescrição farmacêutica. Disponível em: <<http://portal.crfsp.org.br/index.php/noticias/4723-prescricao-farmaceutica.html>> Acesso em 29 de Setembro de 2016.