

E-BOOK

DIÁLOGOS E EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE

ORGANIZADORA

Eliana Campêlo Lago
Viviane Cordeiro de Queiroz



EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA



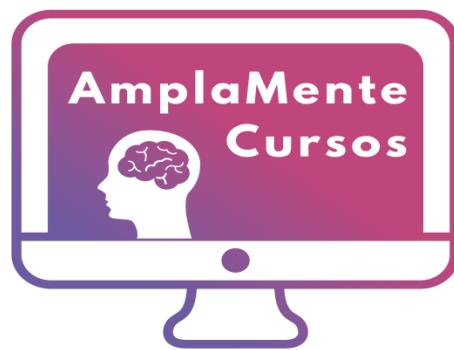
DIÁLOGOS E EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE

1^a ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-26-3

E-BOOK

DIÁLOGOS E EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE

1^a EDIÇÃO. VOLUME 01.

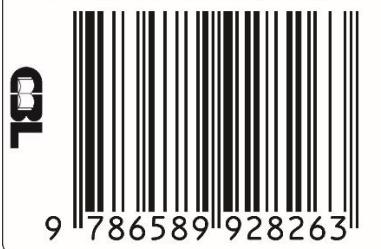


EDITORIA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA

ORGANIZADORAS
Eliana Campêlo Lago
Viviane Cordeiro de Queiroz

DOI: 10.47538/AC-2023.02

ISBN: 978-65-89928-26-3



EDITORIA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA

Ano 2023

E-BOOK

DIÁLOGOS E EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE

1^a EDIÇÃO. VOLUME 01.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Diálogos e Experiências Em Saúde - volume 1 / organização Eliana Campôlo Lago ;
Viviane Cordeiro de Queiroz . -- 1. ed. -- Natal, RN : Amplamente Cursos e Formação
Continuada, 2023.

120 páginas.

PDF.

Vários autores. Bibliografia.
ISBN 978-65-89928-26-3

1.Ciências da saúde - Pesquisa 2. Estudos científicos 3. Saúde - Aspectos sociais 4. Saúde -
Pesquisa I. Lago, Eliana Campôlo. II. Queiroz, Viviane Cordeiro de.

23-142900

CDD-001.42

Índices para catálogo sistemático:

1. Ciências da saúde 610.3

Aline Graziele Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Empresarial Amplamente Ltda.
CNPJ: 35.719.570/0001-10
E-mail: publicacoes@editoraamplamente.com.br
www.amplamentecursos.com
Telefone: (84) 999707-2900
Caixa Postal: 3402
CEP: 59082-971
Natal- Rio Grande do Norte – Brasil



Ano 2023

Editora Chefe:
Dayana Lúcia Rodrigues de Freitas

Assistentes Editoriais:
Caroline Rodrigues de F. Fernandes
Margarete Freitas Baptista

Bibliotecária:
Aline Graziele Benitez

Projeto Gráfico e Diagramação:
Luciano Luan Gomes Paiva
Caroline Rodrigues de F. Fernandes

Imagen da Capa: 2023 by Amplamente Cursos e Formação Continuada
Shutterstock Copyright © Amplamente Cursos e Formação Continuada

Edição de Arte: Copyright do Texto © 2023 Os autores
Luciano Luan Gomes Paiva Copyright da Edição © 2023 Amplamente Cursos e
Formação Continuada

Revisão: Direitos para esta edição cedidos pelos autores à
Os autores Amplamente Cursos e Formação Continuada.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de atribuição [Creative Commons. Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional \(CC-BY-NC-ND\)](#).

Este e-book contém textos escritos por autores de diversos lugares do Brasil e, possivelmente, de fora do país. Todo o conteúdo escrito nos capítulos, assim como correção e confiabilidade são de inteira responsabilidade dos autores, inclusive podem não representar a posição oficial da Editora Amplamente Cursos.

A Editora Amplamente Cursos é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação. Todos os artigos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

É permitido o download desta obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Situações de má conduta ética e acadêmica ou quaisquer outros problemas que possam vir a surgir serão encaminhados ao Conselho Editorial para avaliação sob o rigor científico e ético.

CONSELHO EDITORIAL

Dr. Damião Carlos Freires de Azevedo - Universidade Federal de Campina Grande
Dra. Danyelle Andrade Mota - Universidade Federal de Sergipe
Dra. Débora Cristina Modesto Barbosa - Universidade de Ribeirão Preto
Dra. Elane da Silva Barbosa - Universidade Estadual do Ceará
Dra. Eliana Campêlo Lago - Universidade Estadual do Maranhão
Dr. Everaldo Nery de Andrade - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Dra. Fernanda Miguel de Andrade - Universidade Federal de Pernambuco
Dr. Izael Oliveira Silva - Universidade Federal de Alagoas
Dr. Jakson dos Santos Ribeiro - Universidade Estadual do Maranhão
Dr. Maykon dos Santos Marinho - Faculdade Maurício de Nassau
Dr. Rafael Leal da Silva - Secretaria de Educação e da Ciência e Tecnologia da Paraíba
Dra. Ralydiana Joyce Formiga Moura - Universidade Federal da Paraíba
Dra. Roberta Lopes Augustin - Faculdade Murialdo
Dra. Smalyanna Sgren da Costa Andrade - Universidade Federal da Paraíba
Dra. Viviane Cristhyne Bini Conte - Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Dr. Wanderley Azevedo de Brito - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

CONSELHO TÉCNICO CIENTÍFICO

Ma. Ana Claudia Silva Lima - Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves
Ma. Andreia Rodrigues de Andrade - Universidade Federal do Piauí
Ma. Camila de Freitas Moraes - Universidade Católica de Pelotas
Me. Carlos Eduardo Krüger - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Ma. Carolina Pessoa Wanderley - Instituto de Pesquisas Quatro Ltda.
Esp. Caroline Rodrigues de Freitas Fernandes – Escola Ressurreição Ltda.
Me. Clécio Danilo Dias da Silva - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

- Me. Fabiano Eloy Atílio Batista - Universidade Federal de Viçosa
- Me. Francisco Odécio Sales - Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Ceará
- Me. Fydel Souza Santiago - Secretaria de Educação do Estado do Espírito Santo
- Me. Giovane Silva Balbino - Universidade Estadual de Campinas
- Ma. Heidy Cristina Boaventura Siqueira - Universidade Estadual de Montes Claros
- Me. Jaiurte Gomes Martins da Silva - Universidade Federal Rural de Pernambuco
- Me. João Antônio de Sousa Lira - Secretaria Municipal de Educação/SEMED Nova Iorque-MA
- Me. João Paulo Falavinha Marcon - Faculdade Campo Real
- Me. José Henrique de Lacerda Furtado - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro
- Me. José Flôr de Medeiros Júnior - Universidade de Uberaba
- Ma. Josicleide de Oliveira Freire - Universidade Federal de Alagoas
- Me. Lucas Peres Guimarães - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro
- Ma. Luma Mirely de Souza Brandão - Universidade Tiradentes
- Me. Marcel Alcleante Alexandre de Sousa - Universidade Federal da Paraíba
- Me. Márcio Bonini Notari - Universidade Federal de Pelotas
- Ma. Maria Antônia Ramos Costa - Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Rondônia
- Ma. Maria Inês Branquinho da Costa Neves - Universidade Católica Portuguesa
- Me. Milson dos Santos Barbosa - Universidade Tiradentes
- Ma. Náyra de Oliveira Frederico Pinto - Universidade Federal do Ceará
- Me. Paulo Roberto Meloni Monteiro Bressan - Faculdade de Educação e Meio Ambiente
- Ma. Sandy Aparecida Pereira - Universidade Federal do Paraná
- Ma. Sirlei de Melo Milani - Universidade do Estado de Mato Grosso
- Ma. Viviane Cordeiro de Queiroz - Universidade Federal da Paraíba
- Me. Webersson Ferreira Dias - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Tocantins
- Me. William Roslindo Paranhos - Universidade Federal de Santa Catarina

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores desta obra declaram que trabalharam ativamente na produção dos seus trabalhos, desde o planejamento, organização, criação de plano de pesquisa, revisão de literatura, caracterização metodológica, até mesmo na construção dos dados, interpretações, análises, reflexões e conclusões. Assim como, atestam que seus artigos não possuem plágio acadêmico, nem tampouco dados e resultados fraudulentos. Os autores também declaram que não possuem interesse comercial com a publicação do artigo, objetivando apenas a divulgação científica por meio de coletâneas em temáticas específicas.

INDEXADORES E BANCO DE DADOS



Ano 2023

APRESENTAÇÃO

O E-book Diálogos e Experiências em Saúde, é um compilado de manuscritos acadêmicos e científicos que abordam diversos temas. São resultados de pesquisas e experiências exitosas na área da saúde, evidenciando, assim, a importância da produção científica para fundamentar a atuação dos profissionais de saúde nas múltiplas áreas de atuação.

Diante da necessidade de espaços para fomentos de diálogos entre as mais diversas temáticas, essa produção tem como objetivo favorecer a visibilidade das demandas na área de saúde, fortalecer a importância da interdisciplinaridade, da pluralidade dos saberes e das práticas técnico-científicas para a produção em saúde, a partir de relatos de experiências bem-sucedidas ou dos resultados das pesquisas científicas, seja concluída ou em andamento, compartilhando as suas mais variadas metodologias.

Agradecemos a todos os autores por compartilharem conosco as suas produções científicas, nos ajudando no processo de construção desta obra.

Desejamos uma ótima leitura!

Viviane Cordeiro de Queiroz

SUMÁRIO

CAPÍTULO I 11**SEPSE E CHOQUE SÉPTICO: ABORDAGEM TERAPÊUTICA**

Matheus Costa Leite

Fernando Augusto Boa Sorte Reis

Luana Souza Torres

Andrey Mota Silva Filho

DOI-Individual: 10.47538/AC-2023.02-01

CAPÍTULO II 17**LESÕES BUCAIS OCASIONADAS PELA MÁ ADAPTAÇÃO DAS PRÓTESES REMOVÍVEIS: REVISÃO DE LITERATURA**

Kelly Glayce Desterro Aguiar

Leandra Ferreira Aroucha Martins

Carlos Eduardo de Souza Penha

Janice Maria Lopes de Souza

Reidson Stanley Soares dos Santos

Mariana Oliveira Arruda

Karla Janilee de Souza Penha

DOI-Individual: 10.47538/AC-2023.02-02

CAPÍTULO III 32**O PAPEL MULTIDISCIPLINAR NA ESTRATÉGIA DA ATENÇÃO NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

José Danilo Braga da Cunha

DOI-Individual: 10.47538/AC-2023.02-03

CAPÍTULO IV 45**METODOLOGIA ATIVA NA ADMINISTRAÇÃO INTRAMUSCULAR DE MEDICAMENTOS NOS CURSOS TÉCNICOS EM ENFERMAGEM**

Maria das Graças Nogueira Ferreira

Anderson Felix dos Santos

Juliana dos Santos Pessoa

Amanda Maria da Silva Rodrigues

Salmana Rianne Pereira Alves

Ivana Maria Medeiros de Lima

DOI-Individual: 10.47538/AC-2023.02-04

CAPÍTULO V 55**EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE O USO DA TERAPIA À LASER E A SUA INTERFACE COM O ALEITAMENTO MATERNO**

Jeovanna Kelly Freire dos Santos

Gillyanna Karla Santana de Oliveira

Amanda Benício da Silva

Smalyanna Sgren da Costa Andrade

DOI-Individual: 10.47538/AC-2023.02-05

CAPÍTULO VI 66**O PAPEL DA ENFERMAGEM FRENTE A DIABETES MELLITUS GESTACIONAL**

Viviane Cordeiro de Queiroz

Smalyanna Sgren da Costa Andrade

Dayana Sampaio de Almeida

Mirian Alves da Silva
Simone Helena dos Santos Oliveira
DOI-Individual: 10.47538/AC-2023.02-06

CAPÍTULO VII 71
A ENFERMAGEM DIANTE DA IDENTIFICAÇÃO DOS POSSÍVEIS TRANSTORNOS MENTAIS NA MULHER PUÉRPERA

Robson Alves da Silva
DOI-Individual: 10.47538/AC-2023.02-07

CAPÍTULO VIII 82
PROMOVER A SAÚDE NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO ESCOLAR

Maria Alana da Silva Sales Leite
DOI-Individual: 10.47538/AC-2023.02-08

CAPÍTULO IX 93
REALIDADE VIVIDA PELOS PORTADORES DE VITILIGO

Gessiane Beata Carvalho Pereira
Renata Souza Leite Vieira
Wellington Danilo Soares
Luiza Eulálio Fagundes dos Anjos
Érika Fernanda Sales Martuscelli
João Paulo Rodrigue Pacheco
Ítala Apoliana Guimarães Amorim
Clarice Ribeiro de Oliveira Matos
Jairo Evangelista Nascimento
Tatiana Almeida de Magalhães
DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2023.02-09

CAPÍTULO X 104
MEDICINA DE EMERGÊNCIA: UMA VISÃO GERAL

Igo Feitosa dos Santos
Flávia Karoline Souza da Silva
Ingrid Nunes da Rocha
Francisco Lucas Bonfim Loureiro
DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2023.02-10

CAPÍTULO XI 114
FUNDAMENTOS DA CLÍNICA MÉDICA

Igo Feitosa dos Santos
Flávia Karoline Souza da Silva
Ingrid Nunes da Rocha
Francisco Lucas Bonfim Loureiro
DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2023.02-11

SOBRE AS ORGANIZADORAS 118

SOBRE OS AUTORES 119

CAPÍTULO I

SEPSE E CHOQUE SÉPTICO: ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Matheus Costa Leite

Fernando Augusto Boa Sorte Reis

Luana Souza Torres

Andrey Mota Silva Filho

DOI-Individual: 10.47538/AC-2023.02-01

A sepse é uma disfunção orgânica ameaçadora à vida, causada por uma resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção, podendo evoluir a choque séptico, síndrome de disfunção de múltiplos órgãos (SDMO) e óbito (SINGER et al., 2016).

O protocolo de sepse deve ser aberto para pacientes com suspeita de sepse e choque séptico. Cabe a cada instituição decidir, conforme a sua disponibilidade de recursos e capacidade de triagem, se o protocolo de sepse será aberto na presença de síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SRIS) e suspeita de infecção (elevada sensibilidade, permitindo tratamento precoce e prevenindo disfunção orgânica) ou a partir de presença de disfunção orgânica em pacientes com suspeita de infecção grave, priorizando nesse caso, o atendimento dos casos graves (BORGUEZAM et al., 2021).

Em relação ao manejo da sepse, é importante determinar a origem do foco infeccioso, devendo ser utilizado para tanto, radiografia de tórax, ultrassonografia abdominal, exames laboratoriais como urina I, urocultura, análise do líquor e hemoculturas a depender da suspeita clínica inicial (EVANS et al., 2021).

Quanto à terapia hemodinâmica, que inclui a reposição volêmica e o uso de vasopressores, para pacientes com hipoperfusão induzida por sepse ou choque séptico, é indicado que pelo menos 30 mL/kg de fluido cristalóide endovenoso (EV) sejam administrados nas primeiras três horas de ressuscitação. A ressuscitação com fluidos, oportuna e eficaz, é crucial para a estabilização da hipoperfusão tecidual induzida pela sepse na sepse e no choque séptico (EVANS et al., 2021).

Para evitar ressuscitação excessiva e insuficiente, a administração de fluidos após a ressuscitação inicial deve ser guiada por uma avaliação hemodinâmica do estado do volume intravascular e da perfusão de órgãos, que incluem elevação passiva da perna

combinada com medição do débito cardíaco (DC), desafios de fluidos contra o volume sistólico (VS), pressão sistólica ou pressão de pulso e aumentos do VS em resposta a mudanças na pressão intratorácica (EVANS et al., 2021).

A antibioticoterapia deve ser priorizada nos casos de sepse, e sua administração deve ser realizada ainda na primeira hora a partir do reconhecimento do quadro clínico mesmo sem definição etiológica, considerando que cada hora de atraso no controle do foco infeccioso está relacionado a uma maior morbimortalidade (EVANS et al., 2021). A cobertura antimicrobiana deve-se levar em consideração o perfil patogênico típico do serviço, patógenos mais prevalentes na comunidade e os padrões de resistência daquele lugar. No que tange ao paciente, é importante avaliar fatores de imunossupressão, idade e comorbidades associadas (STUDART NETO et al., 2022).

Inicialmente, deve-se optar por uma terapia empírica de amplo espectro com um ou mais antimicrobianos para a cobertura de agentes possíveis e uma duração de cerca de 7 a 10 dias a depender da resposta clínica apresentada. Por seguinte, após identificação do agente etiológico, é indicado o escalonamento ou descanolamento dos fármacos (ILAS, 2022; STUDART NETO et al., 2022).

A sepse pode estar relacionada a qualquer foco infeccioso, sendo a pneumonia responsável por metade dos casos. Também é frequente a infecção intra-abdominal e a infecção urinária e, em menor proporção, pode ocorrer a infecção relacionada a dispositivos implantados, abscessos de partes moles ou intra-abdominais, meningite, endocardite, artrite séptica, celulite, colangite, colecistite, pielonefrite, perfuração gastrointestinal, intestino isquêmico ou vólvulo, otite, sinusite, peritonite, flebite, entre outros (AZEVEDO et al., 2018; ILAS, 2022). O controle do foco pode incluir a drenagem de um abscesso, desbridamento de tecido necrótico infectado, remoção de um dispositivo potencialmente infectado ou controle definitivo de uma fonte de contaminação microbiana em curso (KIM et al., 2019).

Diante disso, é importante conhecer os principais agentes e as principais terapias implicadas em seu tratamento. Na suspeita de pneumonia, os principais agentes são o *Streptococcus pneumoniae* e bactérias atípicas, sendo, portanto, a terapia de escolha Ceftriaxona 2g EV 1x/dia associada a Azitromicina 500mg EV 1x/dia ou Claritromicina, tendo novos estudos demonstrado eficácia da terapia durante 3-5 dias de tratamento

(STUDART NETO et al., 2022), outra opção se dá ao uso de Quinolonas respiratórias, como Levofloxacina e Moxifloxacina. O paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) pode se beneficiar de Cefalosporina de quarta geração como o Cefepime. Em caso de pneumonia aspirativa, recomenda-se o uso também de Clindamicina. Na pneumonia nosocomial, opta-se por Cefepime ou Piperacilina-Tazobactam. Glicopeptídeos ou Linezolida são indicados em locais com prevalência de *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) (ILAS, 2016).

Diante da suspeita de um abdome agudo inflamatório, o principal agente associado é a *E. coli* e enterobactérias, sendo orientado o uso de Ceftriaxona 2g EV 1x/dia em conjunto com Metronidazol 1g em dose de ataque e 1g de 12/12h como manutenção. A intervenção cirúrgica aberta deve ser considerada quando outras abordagens intervencionistas são inadequadas ou não podem ser fornecidas em tempo hábil (ILAS, 2022).

Na sepse por infecção do trato urinário, os principais agentes envolvidos são a *E. coli*, a *Klebsiella* e o *S. pneumoniae*, devendo ser instituída a terapia com Ciprofloxacino 500mg EV de 12/12h por um período médio de 5 a 7 dias (STUDART NETO et al., 2022) ou Quinolona ou Cefepime (ILAS, 2016).

As infecções de foco cutâneo em casos mais leves podem ser tratadas com Cefalosporina de primeira geração (Cefalexina) ou Oxacilina (ILAS, 2016), porém, em situações como fasciite necrosante, que em geral possui etiologia polimicrobiana, recomenda-se tratar de forma mais agressiva com Meropenem 2g EV 12/12h associado a Vancomicina 1g 12/12h por um período de 5 a 7 dias. Nesses casos, recomenda-se também a avaliação de necessidade de abordagem cirúrgica (STUDART NETO et al., 2022).

Na suspeita de sepse por infecção de corrente sanguínea associada a cateter, comum por *S. aureus* e *Pseudomonas aeruginosa*, é sugerido o uso de Ceftazidima 2 g EV a cada 12 horas e Vancomicina 1 g EV a cada 12 horas por 7 a 14 dias (STUDART NETO et al., 2022). Outras recomendações são o uso de Carbapenêmicos ou Piperacilina-Tazobactam e Glicopeptídeos (Vancomicina ou Teicoplanina), adicionando-se Imidazólicos ou Equinocandinas na suspeita de candidemia ou em neutropênicos (ILAS, 2016).

A remoção do dispositivo de acesso intravascular potencialmente infectado é considerada parte do controle adequado do foco, desde que se estabeleça outro local para acesso vascular e após ressuscitação inicial bem-sucedida (DE WAELE et al., 2022). Para adequação terapêutica, é recomendado a cultura de ponta de cateter além das culturas colhidas já no início da abordagem sindrômica (FARIA et al., 2022). Na ausência de choque séptico ou fungemia, algumas infecções de cateter tunelizado implantado podem ser tratadas eficazmente com terapia antimicrobiana prolongada se a remoção do cateter não for prática. No entanto, a remoção do cateter com terapia antimicrobiana adequada é o tratamento definitivo e preferido na maioria dos casos (EVANS et al., 2021).

Para adultos com suspeita de sepse ou choque séptico, mas infecção não confirmada, recomendamos reavaliar continuamente e procurar diagnósticos alternativos e interromper os antimicrobianos empíricos se uma causa alternativa da doença for demonstrada ou fortemente suspeita (EVANS et al., 2021). No entanto, em caso de foco indefinido mantendo-se a alta suspeita de sepse, sem outra causa aparente, está indicado iniciar antibioticoterapia de amplo espectro com Cefepime e Metronidazol por exemplo (ILAS, 2016).

CHOQUE SÉPTICO

Segundo a Surviving Sepsis Campaign (SSC), choque séptico é definido pela presença de hipotensão não responsiva à utilização de fluídos, independente dos valores de lactato (EVANS et al., 2021).

Para adultos com choque séptico, é recomendado o uso de Norepinefrina como agente de primeira linha em relação a outras drogas vasoativas (DVA). Na sua indisponibilidade, Epinefrina e Dopamina podem ser usadas como alternativa, atentando-se ao risco de arritmias (AVNI et al., 2015). Na manutenção de uma pressão arterial média (PAM) inadequada, isto é, PAM < 65 mmHg, mesmo ao uso de Norepinefrina, recomenda-se a adição de Vasopressina ao invés de aumentar a sua dose. Na prática, a Vasopressina geralmente é iniciada quando a dose de norepinefrina está na faixa de 0,25-0,5 µg/kg/min (UKOR e WALLEY, 2019). E caso o paciente ainda se mantenha irresponsivo, adiciona-se a Epinefrina como 3^a linha. Em caso de disfunção cardíaca com

hipoperfusão persistente apesar de status volêmico e pressão adequados, deve-se considerar adicionar Dobutamina ou usar Epinefrina isoladamente (WALLEY, 2018).

Ao iniciar o uso de DVA, está indicado a monitorização invasiva da pressão arterial (PIA) assim que possível e se houver recursos disponíveis, assim como a instalação de um cateter venoso central (CVC) após ter iniciado o uso de vasopressores e acesso periférico (KAUR et al., 2019).

Para adultos com insuficiência respiratória aguda (IRPA) hipoxêmica induzida por sepse, é sugerido o uso de oxigênio por máscara de alto fluxo ao invés de ventilação mecânica não invasiva (VNI) (EVANS et al., 2021).

Para adultos com choque séptico e necessidade contínua de vasopressores, é proposto iniciar o uso de corticosteroides endovenosos, tipicamente a Hidrocortisona EV na dose de 200 mg/dia administrada na dose de 50 mg EV a cada 6 horas ou em infusão contínua. Sugere-se que isso seja iniciado com uma dose de Norepinefrina ou Epinefrina $\geq 0,25$ mcg/kg/min pelo menos quatro horas após o início (GORDON et al., 2016).

A transfusão de concentrado de hemácias deve ser reservada se os valores de hemoglobina atingirem nível igual ou inferior à 7 g/dL, desde que a hipoperfusão tiver sido resolvida, com exceção de choque hemorrágico concomitante, hipoxemia grave ou isquemia miocárdica ativa. Recomenda-se manter os valores de hemoglobina de pelo menos 7 a 9 g/dL (HIRANO et al., 2019).

Tanto pacientes com sepse quanto pacientes com choque séptico exigem um acompanhamento multiprofissional, além de suporte intensivo adequado para sobrevivência e controle do foco infeccioso e de suas repercussões hemodinâmicas (EVANS et al., 2021).

REFERÊNCIAS

- AVNI, T. et al. Vasopressors for the treatment of septic shock: systematic review and meta-analysis. *PloS one*, v. 10, n. 8, p. e0129305, 2015.
- AZEVEDO, L. C. P. et al. A sepse é um grave problema de saúde na América Latina: uma chamada à ação!. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 402-404, 2018.
- BORGUEZAM, C. B. et al. Protocolo clínico gerenciado: impacto da implementação nos indicadores de qualidade do tratamento da sepse. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, n. 2, p. 1-7, 2021.

DE WAELE et al. Source control in the management of sepsis and septic shock. *Intensive Care Medicine*, v. 48, n. 12, p. 1799-1802, 2022.

EVANS, L. et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive care medicine*, v. 47, n. 11, p. 1181-1247, 2021.

FARIA, J. P. et al. Sepse associada ao cateter venoso central em pacientes adultos internados em uma unidade de terapia intensiva Central venous catheter-associated sepsis in adult patients admitted to an intensive care unit. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 7, p. 51807-51814, 2022.

HIRANO, Y. et al. Liberal versus restrictive red blood cell transfusion strategy in sepsis or septic shock: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Critical Care*, v. 23, n. 1, p. 1-9, 2019.

INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE (ILAS). *Guia de Terapia Antimicrobiana Empírica para Sepse e Choque Séptico*. 1. ed. São Paulo: Instituto Latino Americano da Sepse, 2016.

INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE (ILAS). *Guia Prático de Terapia Antimicrobiana na Sepse*. 2. ed. São Paulo: Instituto Latino Americano da Sepse, 2022.

KAUR, B. et al. Comparison between invasive and noninvasive blood pressure measurements in critically ill patients receiving inotropes. *Blood Pressure Monitoring*, v. 24, n. 1, p. 24-29, 2019.

KIM, H. et al. Impact of timing to source control in patients with septic shock: A prospective multi-center observational study. *Journal of Critical Care*, v. 53, p. 176-182, 2019.

SINGER, M. et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *Jama*, v. 315, n. 8, p. 801-810, 2016.

STUDART NETO, Adalberto et al. *Medicina de Emergência: abordagem prática*. 16. ed. São Paulo: Editora Manole, 2022.

UKOR, Ida-Fong; WALLEY, Keith R. Vasopressin in vasodilatory shock. *Critical Care Clinics*, v. 35, n. 2, p. 247-261, 2019.

WALLEY, K. R. Sepsis-induced myocardial dysfunction. *Current opinion in critical care*, v. 24, n. 4, p. 292-299, 2018.

CAPÍTULO II

LESÕES BUCAIS OCASIONADAS PELA MÁ ADAPTAÇÃO DAS PRÓTESES REMOVÍVEIS: REVISÃO DE LITERATURA

Kelly Glayce Desterro Aguiar

Leandra Ferreira Aroucha Martins

Carlos Eduardo de Souza Penha

Janice Maria Lopes de Souza

Reidson Stanley Soares dos Santos

Mariana Oliveira Arruda

Karla Janilee de Souza Penha

DOI-Individual: 10.47538/AC-2023.02-02

A perda da dentição é um grave problema de saúde pública, etiologicamente abrangem vários fatores. Dentre as principais causas temos cárie e as doenças periodontais. Além dessas, podem estar associadas as doenças sistêmicas, traumas, uso do tabaco e anomalias (agenesias). Mediante a isso, é necessário a realização de um planejamento por meio do exame clínico e radiográfico, visando a reabilitação bucal. Esta pode ser feita pela confecção de próteses fixas ou removíveis (parciais ou totais), reabilitando, assim, as regiões desdentadas (CARLI et al., 2013).

A população mundial vem envelhecendo rapidamente em diversas regiões do mundo, isso ocorre devido à queda da taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de vida. Segundo a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, os brasileiros que possuem 60 anos ou mais, constituem, hoje, o segmento populacional que mais cresce em termos proporcionais (BATISTA et al., 2013).

Desse modo, quanto a faixa etária do idoso, onde os percentuais em relação ao uso da prótese são maiores, nota-se que em média chegam a 92,4%. Logo, teve um aumento considerável. Houve também um grande aumento nos percentuais de necessidade de prótese nos dois arcos, provavelmente pela necessidade de substituição de próteses já existentes (PEIXOTO et al., 2015).

Alguns fatores devem ser levados em consideração na confecção dessas próteses como a função da articulação temporomandibular, tonicidade da musculatura, higiene bucal, distribuição das forças mastigatórias, oclusão e situação sistêmicas do paciente.

Porém, existe a probabilidade da ocorrência de problemas que envolvem elementos biológicos e protéticos. A mucosa bucal, exposta a constantes agressões, está sujeita a uma série de lesões, em decorrência da ação de diferentes agentes etiológicos, resultando em alta frequência dessas lesões na população (FREIRE et al., 2017).

Na prática odontológica é comum observarmos lesões orais decorrentes do uso de próteses iatrogênicas ou pela inadequada orientação do Cirurgião-dentista ao paciente, quanto ao uso frequente (dia e noite) e higienização dessas próteses (ELER; KAISER, 2017). As lesões mais comuns são a estomatite protética, queilite angular, hiperplasia fibrosa e inflamatória e úlceras traumáticas. A prótese também pode causar desequilíbrio na microbiota oral, ocasionando alterações na mucosa oral, devido a existência de superfície porosa, poucos elementos dentários e associação ao envelhecimento (PINHO et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2017).

É visto que, os idosos são a população que mais faz uso de próteses totais, a maioria apresenta higiene bucal inadequada devido as dificuldades motoras, além de serem mais susceptíveis a infecções devido às patologias sistêmicas. Sendo assim, este estudo é de grande valia para os leitores, pois, traz consigo informações precisas sobre as lesões ocasionadas pela má adaptação do uso da prótese total. Então, o objetivo deste trabalho foi relatar as lesões bucais mais comuns provocadas pela má adaptação das próteses removíveis.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Mesmo com o avanço da odontologia nos últimos anos, em torno de tratamento e prevenção, ainda é visto uma grande incidência de perdas dentárias. Com isso, as próteses dentárias são excelentes opções de reabilitação bucal de pacientes edêntulos. Elas devolvem função, estética, conforto e saúde ao paciente (TURANO et al., 2019).

Para a obtenção de sucesso no tratamento com próteses dentárias é necessário uma boa adaptação e conscientização do paciente sobre sua higiene. É interessante ressaltar que, o tratamento com prótese não finaliza no momento da instalação, sendo necessário fazer orientações ao paciente para retornar ao consultório caso esteja sentindo algum incomodo e também para realização de manutenções da peça (ARNOUD et al., 2016).

Com a idade, a mucosa oral torna-se mais susceptível a danos mecânicos, devido às alterações degenerativas da idade e condições patológicas, tornando a cavidade oral, que faz uso de prótese, vulnerável as lesões. Algumas alterações são observadas em consequência das manifestações de doenças sistêmicas, deficiências nutricionais, efeitos colaterais de fármacos utilizados, que repercutem no funcionamento dos tecidos periodontais, na dentição, nas glândulas salivares e na mucosa bucal (SCALERCIO et al., 2017).

Alguns fatores podem influenciar no surgimento de lesões bucais por conta do uso de próteses removíveis, dentre eles temos a adaptação da prótese a mucosa bucal, relações oclusais, tempo de confecção e uso da prótese e higienização da peça. O polimento insuficiente da prótese, promove uma superfície irregular que favorece a colonização de bactérias por conta do contato próximo com a mucosa quando a prótese se encontra em função, além de poder promover lesões nas mucosas orais (OLIVEIRA et al., 2019).

PRINCIPAIS LESÕES BUCAIS

As lesões bucais decorrem de constantes agressões por várias causas, como por exemplo, o uso de próteses removíveis mal adaptadas e mal higienizadas, o que aumentam em três vezes a probabilidade de se ter uma ou mais delas. A má adaptação é decorrente do incorreto planejamento e somado a inadequada orientação do paciente pelo Cirurgião-dentista quanto ao uso e higienização, levando ao aparecimento destas lesões (SILVA et al., 2011).

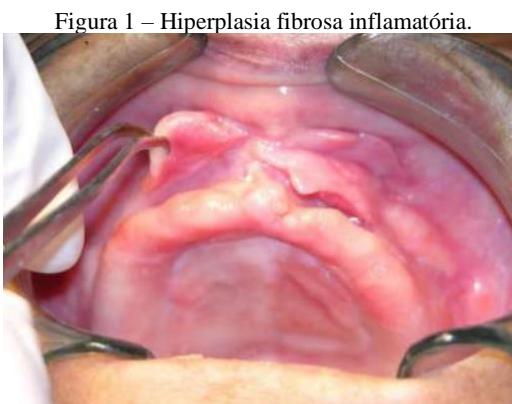
As lesões bucais mais encontradas em usuários de próteses removíveis são: hiperplasia inflamatória, úlcera traumática, queilite angular e estomatite protética (GONZÁLES et al., 2019).

HIPERPLASIA INFLAMATÓRIA

A hiperplasia inflamatória é uma lesão proliferativa benigna normalmente localizado sobre os tecidos do sulco vestibular, ocasionado por irritação e/ou trauma contínuo de baixa intensidade (Figura 1). Associa-se a má adaptação da prótese e existência de bordas cortantes no fundo de sulco. É mais prevalente em pessoas de mais

de 60 anos e no sexo feminino, sendo mais frequente na região anterior da maxila e mandíbula e no fundo de sulco vestibular. A predileção pelo sexo feminino, pode ser explicado pela maior procura de tratamento protético do que os homens, havendo assim maior probabilidade do desenvolvimento dessa lesão. Em alguns casos, existem presença de sinais displásicos no epitélio, podendo a lesão ser potencialmente maligna (BARBOSA et al., 2018).

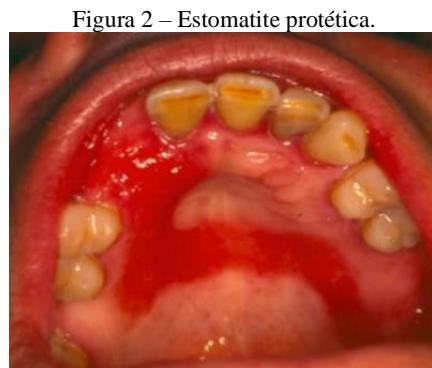
O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica com pequena margem de segurança e eliminação do fator irritante, com confecção de nova prótese ou correção da existente (FALCÃO et al., 2017).



Fonte: FALCÃO et al (2017).

ESTOMATITE PROTÉTICA

A estomatite protética é uma lesão oral inflamatória crônica com uma tonalidade avermelhada e aveludada encontrada na área que se encontra em contato com a prótese mal adaptada, com ou sem placas esbranquiçadas, pela acumulação de *Candida albicans* (Figura 2). Apresentam sinais de irritação e queimação no palato (MACIEL et al., 2018).



Fonte: VILELA (2016).

Os principais fatores causais são próteses mal adaptadas, higiene deficiente da prótese, o tabaco, a dieta, a colonização microbiana (*Candida albicans*), uso noturno da prótese e hipersensibilidade ao material da base protética, além da redução da dimensão vertical, oclusão instável e uso continuado da prótese (VILELA, 2016).

O tratamento consiste na eliminação dos fatores predisponentes. Devem-se tratar as doenças sistêmicas e prescrever antifúngicos para eliminar a infecção, e as próteses devem ser lavadas com desinfetantes, como hipoclorito de sódio e clorexidina, ou em caso de alergia, uso de anti-histamínicos e confecção de novas próteses livre do material alergizante. A elaboração de próteses corretas e ajustadas, assiduidade nas consultas de controle, procedimentos de higienização e remoção noturna da prótese compreendem um conjunto de medidas preventivas (ARAUJO et al., 2017).

ÚLCERA TRAUMÁTICA

A úlcera traumática é uma das lesões mais frequentes na mucosa bucal, com etiologia variada, porém próteses com bordas sobreestendidas e oclusão não balanceadas são as causas mais comuns (Figura 3). Caracteriza-se por ser uma lesão bem delimitada, dolorosa (principalmente durante a ingestão de alimentos), geralmente pequena, apresentando uma área central de ulceração recoberta ou não por uma membrana necrótica levemente acinzentada circundada por um halo inflamatório, com bordas firmes e elevadas (PEDRON et al., 2017).

Figura 3 – Úlcera traumática.



Fonte: PEDRON et al (2017).

O tratamento baseia-se na remoção da causa e medidas paliativas com corticoides e antinflamatórios tópicos, e deve-se corrigir ou substituir a prótese que causou a lesão. Depois da correção ou substituição, a úlcera deve cicatrizar em duas semanas. Se não ocorrer, a lesão deve ser mais bem investigada e uma biópsia incisional pode ser necessária (SOUZA, 2016).

QUEILITE ANGULAR

A queilite angular é um processo inflamatório localizado no ângulo da boca, uni ou bilateral, caracterizando-se por discreto edema, eritema, descamação, erosão e fissuras, com períodos de remissão e exacerbação espontânea (Figura 4). Tendo prevalência de 8-30% em portadores de prótese removível (BARBATO et al., 2017).

Figura 4 – Queilite angular.



Fonte: BARBATO et al (2017).

Fatores predisponentes como perda de dimensão vertical de oclusão, ângulos da boca deprimidos e fatores sistêmicos como déficits nutricionais têm demonstrado papel importante no desenvolvimento dessa lesão, muito encontrada em idosos que fazem uso de próteses mal adaptadas (BRAGA et al., 2015).

No tratamento é importante a correção dos fatores desencadeantes, principalmente a adequação de prótese dentária, pois as pregas profundas nas comissuras, em decorrência do fechamento excessivo da boca, associado a perda de dimensão vertical, aumenta a umidade local favorecendo a proliferação de fungos (BARBATO et al., 2017).

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura elaborada a partir de buscas nas bases de dados Scientific Electronic Librany Online (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lillacs), PubMed/Medline e Google acadêmico, a partir dos seguintes descritores: “Prótese dentária/Dental prosthesis”, “Ferimentos e lesões/Wounds and injuries” e “Estomatite sob prótese/Stomatitis, denture”, com a utilização de operadores booleanos na estratégia de busca.

Os critérios de inclusão foram os artigos no idioma português e inglês, relevantes ao tema, publicados no período de 2015 a 2023. E, como critérios de exclusão, artigos achados em inglês e extemporâneos. Foram evidenciados variáveis de interesse nesse estudo, como autor/ano, base de dados, tipo de estudo, título, objetivo e principais resultados. Foram selecionados 26 artigos pela análise do título. Após a leitura completa dos artigos, foi realizada uma interpretação do que era relevante para a composição do trabalho e foram filtrados 13 artigos.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Os dados dos 13 artigos selecionados foram organizados em um quadro com as seguintes informações: autor/ano, base de dados, tipo de estudo, título, objetivo e principais resultados. Os estudos foram organizados em ordem cronológica de 2016 a 2022 para facilitar o entendimento. O quadro 1 mostra a distribuição dessas informações.

Todos os artigos apresentaram como objetivo apresentar as principais lesões bucais acometidas por usuários de próteses dentárias removíveis. Foram relatados pelos artigos a ocorrência de lesões bucais na maioria dos casos, tais como: estomatite protética, queilite angular, hiperplasia fibrosa inflamatória, úlceras traumáticas e câncer de boca.

Como fatores etiológicos foram citados a má higienização bucal das próteses pelos pacientes e má adaptação da prótese removível, sendo necessário para evitá-las a orientação de uma correta higiene bucal, instalação e confecção adequada das próteses, além de consultas periódicas para o controle.

Apesar do avanço da Odontologia, a perda dentária ainda é uma realidade na população (BARBOSA et al., 2018). Segundo Guedes et al. (2021), a prótese é uma opção

de tratamento no processo de reabilitação dos desdentados. No entanto, Cunha; Ribeiro (2019) comprovam que, a mesma pode provocar agressões na mucosa oral como lesões ulceradas, infecciosas, neoplásicas, inflamatórias e hiperplásicas, corroborando com os estudos de Godeiro; Lima (2022).

Segundo Silva et al. (2019), grande número de indivíduos que fazem uso de próteses removíveis, a ocorrência de maiores casos de lesões provocados por próteses, acontecem em usuários de prótese removíveis totais. Esse dado é diferente dos de Godeiro; Lima (2022), que afirmam ser as próteses parciais removíveis más adaptadas as de grande número de casos de lesões bucais. De acordo com Oliveira; Melo (2021), a maior prevalência de lesões bucais é de estomatite e hiperplasia inflamatória, seguida da úlcera traumática e queilite angular. O mesmo foi encontrado nos estudos de Moritz (2017) e Silva et al. (2018).

Para Moritz (2017), a estomatite está entre as principais lesões provocadas por próteses dentárias. Ela apresenta-se como uma lesão eritematosa, geralmente na região chapeável da prótese, geralmente quando estas estão mal adaptadas e em pacientes idosos, provavelmente por conta da dificuldade de higienização. Silva et al. (2020), acrescentam que seu diagnóstico deve ser o mais precoce, pois pode tornar-se insuportável para o paciente, levando a rejeição da prótese prejudicando o sistema estomatognático. Cunha; Ribeiro (2019) e Oliveira et al. (2019) ressaltam que o tratamento incluirá orientações quanto a higiene, reembasamento ou confecção de uma nova prótese, ou até mesmo terapia antifúngica.

Segundo Trindade et al. (2018), a úlcera traumática, é uma lesão dolorosa, pouco frequente quando comparada as outras lesões bucais, ocorre principalmente ao uso de próteses mal adaptadas ao rebordo da mucosa oral, com mais frequência nos sulcos vestibulares, corroborando com os estudos de Oliveira et al. (2019) e Silva et al. (2019), que afirmam que a úlcera traumática se torna bem frequente quando associada a hiperplasia inflamatória. Nobre: Athias (2017) ainda acrescentam que essa lesão apresenta uma etiologia multifatorial, porém por estar muito associada à prótese mal adaptada e o seu tratamento será a base de analgésicos e correção da prótese dentária existente.

Segundo Trindade et al. (2018) a queilite angular é uma lesão que acomete mais indivíduos que apresentam comissura labial profunda, devido ao acúmulo de saliva. Corroborando com os estudos de Silva et al. (2021), que acrescentam ser uma lesão, que mesmo com pouca incidência relacionada a estomatite, tem sua importância clínica e deve ser devidamente tratada. Olievira; Melo (2021) e Godeiro (2022) ressaltam que seu tratamento é fundamental na correção dos fatores desencadeantes, como terapia da doença de base.

De acordo com Souza (2016), a hiperplasia fibrosa inflamatória é frequentemente vista no consultório odontológico em pacientes que fazem uso de próteses removíveis. Para Trindade; Athias (2017), essa patologia apresenta-se como a segunda lesão mais frequente nos portadores de próteses removíveis. De acordo com Trindade et al. (2018), ela atinge de forma igual a região maxilar e mandibular, mas consiste em uma lesão benigna do tecido conjuntivo nos rebordos maxilares e mandibulares, mas Guedes et al. (2021) afirmam o contrário. Porém, ambos concordam que a região anterior é a mais afetada. Salientando, o tratamento vai depender da gravidade dos danos, além da quantidade de tecido afetado, com a eliminação do agente causador ou procedimento cirúrgico (CUNHA; RIBEIRO, 2019; SILVA et al., 2021). Godeiro; Lima (2022) acrescentam o uso de alternativas cirúrgicas como o laser de diodo e o eletrocaltério, sendo relatado a mesma eficácia na remoção da lesão.

Assim, o Cirurgião-dentista deve ter conhecimento de todas as lesões bucais ocasionadas por próteses mal adaptadas, para que se tenha um sucesso com as próteses removíveis e menos incidência de lesões provocadas pelas mesmas, tendo alguns cuidados na sua confecção e na higienização (SOUZA, 2016; MORITZ, 2017; BARBOSA et al., 2018; SILVA et al., 2019; GUEDES et al., 2021; GODEIRO; LIMA, 2022).

Quadro 01: Artigos selecionados para composição da pesquisa por apresentarem, as lesões bucais mais comuns nos pacientes usuários de próteses removíveis.

AUTOR/ ANO	BAS E DE DAD OS	TIPO DE ESTU DO	TÍTULO	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
SOUZA (2016)	SciE LO	Revisão de literatura	Hiperplasia fibrosa inflamatória ocasionada por	Apresentar conceitos, etiologia e diferentes técnicas de tratamento quanto à hiperplasia fibrosa inflamatória	A hiperplasia fibrosa inflamatória pode ser evitada corrigindo a prótese mal adaptada ou confeccionando nova prótese.

			prótese dentária mal adaptada		
MORITZ (2017)	Google acadêmico	Revisão de literatura	Manifestações orais associadas ao uso de próteses removíveis mal adaptadas	Identificar a prevalência, diagnóstico e plano de tratamento das lesões mais frequentes em pacientes que usam próteses dentárias	As lesões mais recorrentes são a estomatite protética, queilite angular, úlceras traumáticas, hiperplasia fibrosa inflamatória, candidíase e leucoplasia. Estas podem ser evitadas se as próteses forem bem adaptadas, orientar o paciente quanto a higiene e controles periódicos.
NOBRE; ATHIAS (2017)	LILA CS	Revisão de literatura	Lesões bucais causadas pelo uso de próteses dentárias removíveis	Verificar os principais tipos de lesões bucais, decorrente de uso de próteses dentárias removíveis mal adaptadas ou por má higiene do paciente.	As lesões mais comuns são úlceras traumáticas, queratose friccional, candidose, queilite angular, hiperplasia fibrosa inflamatória e granuloma piogênico. Estas podem ser evitadas com o uso de próteses adaptadas e realização de correta higiene, além do controle periódico.
TRINDAD E <i>et al.</i> (2018)	Google acadêmico	Revisão de literatura	Lesões associadas à má adaptação e má higiene da prótese total	Apresentar as lesões causadas por má adaptação das próteses totais e pela deficiência de higienização por parte do paciente	Como principais lesões temos a estomatite protética, queilite angular, hiperplasia fibrosa e úlcera traumática. As lesões podem ser evitadas com a correta confecção da prótese total, um ajuste adequado na cavidade, orientação de higienização e realização de controles periódicos.
BARBOSA <i>et al.</i> (2018)	LILA CS	Revisão de literatura	Lesões bucais provocadas pelo uso de próteses removíveis	Verificar os principais tipos de lesões que acometem a cavidade oral, decorrente do uso de próteses removíveis mal adaptadas ou má higienizadas.	O uso de próteses mal confeccionadas e mal adaptadas favorecem o surgimento de lesões bucais, tais como estomatite protética, queilite angular, hiperplasia fibrosa e úlcera traumática, sendo necessário um plano de tratamento eficiente para a prevenção de tais complicações.
SILVA <i>et al.</i> (2018)	SciELO	Revisão integrativa	Principais lesões bucais em idoso que utilizam prótese dentária	Analizar a literatura a cerca das principais lesões bucais em pacientes idosos que fazem uso de próteses dentárias	As principais lesões encontradas foram a úlcera traumática, estomatites e hiperplasias fibrosas e inflamatórias.
OLIVEIRA <i>et al.</i> (2019)	Google acadêmico	Revisão de literatura	Patologias associadas ao uso de próteses totais removíveis	Revisar os fatores relacionados ao desenvolvimento de patologias associadas ao uso de próteses totais removíveis	É comprovado a existência de lesões bucais relacionada a próteses mal ajustadas e higiene inadequada, sendo necessário a correta confecção da mesma, além da instrução de uma boa higiene oral. Sendo as principais lesões a estomatite protética, queilite angular, hiperplasia fibrosa, úlcera traumática e câncer de boca.
CUNHA; RIBEIRO (2019)	SciELO	Transversal	Patologias recorrentes devido ao uso de prótese total	Destacar os principais tipos de lesões e patologias que acometem a cavidade oral decorrentes o uso de prótese total.	Principais lesões são o câncer de boca, candidíase, úlcera traumática, hiperplasia fibrosa e placas bacterianas. O profissional deve orientar quanto a higiene correta e saber confeccionar uma prótese.

SILVA <i>et al</i> (2019)	SciELO	Descrição com abordagem quantitativa	Lesões bucais decorrentes do uso de próteses dentárias removíveis	Investigar a presença de lesões bucais em pacientes usuários de próteses dentárias removíveis atendidos em uma Unidade Básica de Saúde em um município do Recôncavo da Bahia	75% dos pacientes apresentavam lesões bucais, sendo as principais a úlcera traumática, queilite angular, hiperplasia fibrosa inflamatória e estomatite protética. Sendo esta última a mais prevalente com 53,31% dos casos.
OLIVEIRA; MELO (2021)	Google acadêmico	Revisão de literatura	Lesões da mucosa oral associadas ao uso de próteses removíveis	Avaliar a frequência das principais lesões orais relacionadas ao uso de próteses dentárias, os aspectos clínicos e os possíveis fatores de risco associados	As principais lesões são estomatite protética, queilite angular, hiperplasia fibrosa inflamatória, hiperplasia papilar inflamatória e úlcera traumática. Apresentam diferentes aspectos clínicos e fatores etiológicos variam, sendo de forma geral associados a má higiene, má adaptação e problemas sistêmicos do paciente.
SILVA <i>et al</i> (2021)	MedPub	Revisão de literatura	Lesões orais associadas ao uso de próteses dentárias	Destacar as principais lesões que acometem a cavidade oral decorrentes da má adaptação e pela deficiência de higienização	Dentre as patologias mais comuns estão a hiperplasia inflamatória, úlcera traumática, queilite angular e estomatite protética. É necessário um acompanhamento e uma boa instrução sobre higiene oral, além de um ajuste adequado da prótese.
GUEDES <i>et al</i> (2021)	SciELO	Revisão de literatura	Fatores associados ao surgimento lesões orais em usuários de próteses dentárias removíveis	Apresentar fatores associados ao desenvolvimento de lesões bucais em portadores de próteses dentárias removíveis	Fatores como deficiência de higienização das próteses, redução do fluxo salivar, adaptação da prótese e tempo de uso da mesma, planejamento inadequado da prótese e perfil do paciente influenciam no aparecimento de lesões bucais, sendo as principais: úlcera traumática, candidíase, queilite angular, estomatite protética, hiperplasias e halitose percebida.
GODEIRO ; LIMA (2022)	LILA CS	Transversal	Prevalência e fatores associados a lesões bucais em idosos usuários de próteses removíveis em um município do interior do nordeste brasileiro	Avaliar a prevalência do isso e necessidade de prótese removível em idosos residentes em um município do interior do nordeste brasileiro e das lesões presentes e fatores associados.	40% dos idosos apresentavam lesão bucal devido ao uso de prótese removível, sendo elas hiperplasia fibrosa inflamatória, estomatite protética e queratose friccional. Fatores como má higiene e má adaptação da prótese estavam associadas as lesões.

Fonte: Próprio autor

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que:

As próteses dentárias removíveis, precisam ser confeccionadas de forma adequada.

É de extrema importância a higienização da prótese com objetivo de não comprometer a mucosa bucal e prejudicar a mastigação. Pois, pode levar ao desenvolvimento de lesões orais associadas à prótese;

Dentre as principais lesões bucais, as estomatites protéticas, queilite angular, hiperplasias fibrosa e inflamatória e úlceras traumáticas são as mais comuns em pacientes com próteses removíveis.

Cada uma com sua etiologia específica, porém, todas estão associadas as más condições bucais, como próteses mal adaptadas e higiene inadequada;

Em caso de surgimento das lesões bucais, é necessário a realização de um diagnóstico correto da patologia, para que o tratamento obtenha sucesso.

Sendo importante uma assistência multidisciplinar ao paciente portador de prótese dentária, pois o tratamento não termina com a instalação da peça, visando bem-estar e qualidade de vida a esses pacientes;

Com objetivo de alcançar sucesso na reabilitação com próteses removíveis é necessário o estabelecimento de um plano de tratamento eficiente, sendo seguido corretamente, todos os passos da confecção de uma prótese removível.

Deve-se realizar ajustes adequados, orientar e acompanhar o paciente são essenciais no restabelecimento do conforto, estética e função do sistema estomatognático.

Então é fundamental que o cirurgião-dentista realize de forma correta a confecção e instalação da prótese, além de instruir seus pacientes quanto a sua higienização oral e consultas periódicas para o controle da mesma.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, C. P.; VIDAL, M. T. A.; GURGEL, C. A. S. et al. Queilite actínica: um estudo de 35 casos com destaque para os aspectos morfológicos. Rev Pós Grad, v. 19, n. 1, p. 21-27, 2017.
- ARNOUD, R. R.; SOARES, M. S. M.; SANTOS, M. G. C. et al. Estomatite protética: prevalência e correlação com idade e gênero. R Bras Ci Saúde, v. 16, n. 1, p. 59-62, 2016.
- BARBATO, P. R.; PAGANO, H. C. M.; ZANCHER, F.N. et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do estudo epidemiológico nacional. Cad Saúde Pública, v. 23, n. 8, p. 1-10, 2017.

BARBOSA, M. T.; NETO, O. I.; RODRIGUES, C. R. T. et al. Lesões bucais provocadas pelo uso de próteses removíveis. *Braz. J. Sug. Clinical Reserach*, v. 22, n. 2, p. 62-69, 2018.

BATISTA, V. E. S.; BATISTA, F. R. S.; PAVAN, A. J. et al. Hiperplasia fibrosa inflamatória ocasionada por prótese total desadaptada, relato de caso. *Rev. Odontol. de Araçatuba*, v. 34, n. 2, p. 70-72, 2013.

BRAGA, S. R. S.; TELAROLLI JÚNIOR, R.; BRAGA, A. S. et al. Avaliação das condições e satisfação com as próteses em idosos da região central do estado de São Paulo (Brasil). *Revista de odontologia da UNESP*, v. 31, n.1, p. 39-48, 2015.

CARLI, J.P.; GIARETTA, B. M.; VIEIRA, R. R. et al. Lesões bucais relacionadas ao uso de próteses dentárias removíveis. *Salusvita*, v. 32, n. 1, p. 103-115, 2013.

CARVALHO, F. R.; VOSS, F.; NASCIMENTO, J. A. et al. Hiperplasia fibrosa inflamatória - revista da literatura - relato de caso clínico cirúrgico. *Rev Odont*, v. 17, n. 4, p. 290-298, 2017.

CUNHA, T. O. Patologias recorrentes devido ao uso de prótese total. 2019. 50f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Odontologia) – Centro Universitário do Planalto Central, Aparecido dos Santos, 2019.

ELER, K. A. S.; KAISER, T. F. Candidíase em pacientes portadores de prótese total. 2017. 24f. Dissertação (Mestrado) - Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, 2017.

FALCÃO, A. F. P.; LAMBERTI, P. L. R.; LORENS, F. G. L. et al. Hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso e revisão de literatura. *R Cien Méd Biol*, v. 8, n. 2, p. 230-236, 2017.

FREIRE, J. C. C.; NÓBREGA, M. T. C.; FREIRE, S. C. P. et al. Candidíase oral em usuários de próteses dentárias removíveis: fatores associados. *Arch Health Invest*, v. 6, n. 4, p. 159-261, 2017.

GODEIRO, R. L. C. Prevalência e fatores associados a lesões bucais em idosos usuários de próteses parciais removíveis em um município do interior do nordeste brasileiro. 2022. 60f. Trabalho de conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022.

GONZÁLES, I. J. N.; GOMEZ, S. M. D.; CAPOTE, E. P. et al. Prevalence of subprosthesis stomatitis. *Rev Arch Médico de Camagüey*, v. 13, n. 1, p. 1-10, 2019.

GUEDES, I. L.; MOTA, K. M. R. S.; LIMA, L. M. S. et al. Fatores associados ao surgimento lesões orais em usuários de próteses dentárias removíveis. *Facit Business and Technology Journal*, v. 1, n. 1, p. 359-373, 2021.

MACIEL, S. S. S. V.; SOUZA, R. S. V.; DONATO, L. M. A. et al. Prevalência das lesões de tecidos moles causadas por próteses removíveis nos pacientes da Faculdade de Odontologia de Caruaru, PE, Brasil. *Pesquisa Bras Odontop Clín Integrada*, v. 8, n. 1, p. 93-97, 2018.

MORITZ, P. B. Manifestações orais associadas ao uso de próteses removíveis mal adaptadas. 2017. 28f. Dissertação (Mestrado em medicina dentária) – Instituto Universitário de Ciências da Saúde, Gandra, 2017.

NOBRE, I. B. B.; ATHIAS, R. B. Lesões bucais causadas pelo uso de próteses dentárias removíveis. 2017. 19f. Trabalho de conclusão de curso (Odontologia) – Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, 2017.

OLIVEIRA, R. C.; BRUM, S. C.; OLIVEIRA, R. S. et al. Aspectos clínicos relacionados à estomatite protética. International J.of Dent, v. 6 , n. 2, p. 51-54, 2017.

OLIVEIRA, I. C.; CORREIA, J. N. M.; PEREIRA, D. P. C. et al. Patologias associadas ao uso de próteses totais removíveis: revisão de literatura. Rev Mult Psic, v. 13, n. 47, p. 875-888, 2019.

OLIVEIRA, G. L.; MELO, S. B. S. Lesões da mucosa oral associadas ao uso de próteses removíveis uma revisão de literatura. 2021. 35f. Monografia (Graduação em Odontologia) - Universidade de Uberaba, Minas Gerais, 2021.

PEDRON, I. G.; CARNAVA, T. G.; UTUMI, E. R. et al. Hiperplasia fibrosa causada por prótese: remoção cirúrgica com laser Nd:YAP. Rev Clín Pesq Odontol, v. 3, n. 1, p. 51-56, 2017.

PEIXOTO, A. N. T.; PEIXOTO, G. C.; ALESSANDRETTI, R. Relação entre o uso de prótese removível e úlcera traumática - revisão de literatura. J Oral Invest, v. 4, n. 1, p. 26-32, 2015.

PINHO, L. C. F.; MUNIZ, S. K. C.; MELO, I. T. S. Principais lesões orais ocasionadas pela má higienização da prótese parcial removível e pela má higienização. Caderno de Cien. Biol. e da Saúde, v. 1, n.1, p. 1-10, 2013

SCALERCIO, M.; VALENTE, T.; ISRAEL, M. S. et al. Estomatite protética versus candidíase: diagnóstico e tratamento. Rev Gaúcha de Odontol, v. 55, n. 4, p. 395-400, 2017.

SILVA, U. H.; ARAÚJO, D. L.; SANTANA, E. B. Ocorrência de estomatite protética e queilite actínica diagnosticadas no centro de especialidades odontológicas da faculdade ASCES, Caruaru – PE. Odontol. Clín-Cient, v. 10, n. 1, p. 79-83, 2011.

SILVA, E. A.; BRANDÃO, M. C. V.; FREITAS, N. B. B. S. et al. Principais lesões bucais em idosos que utilizam prótese dentária: revisão integrativa. Ciênc Biol Saúde Unit, v. 4, n. 2, p. 33-40, 2018.

SILVA, J. R. T. C.; ANDRADE JÚNIOR, J. C. B.; SILVA, P. H. et al. Lesões bucais decorrentes do uso de próteses dentárias removíveis. Rev Baiana Saúde Pública, v. 43, n. 1, p. 165-179, 2019.

SILVA, M. S. S.; XAVIER, J. P. L.; MARROQUIM, O. M. G. et al. Lesões orais associadas ao uso de próteses dentárias: uma revisão da literatura. Research, Society and Development, v. 10, n. 14, p. 1-5, 2021.

SOUZA, L. M. Hiperplasia fibrosa inflamatória ocasionada por prótese dentária mal adaptada. 2016. 35f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ensino Faculdade São Lucas, Porto Velho, 2016.

TRINDADE, M. G. F.; OLIVEIRA, M. C.; PRADO, J. P. et al. Lesões associadas a má adaptação e má higienização da prótese total. Rev Mult Psic, v. 12, n. 42, p. 956-968, 2018.

TURANO, J. C.; TURANO, L. M.; TURANO, M. V. B. Fundamentos da prótese total. São Paulo: Santos, 2019.

VILELA, G. R. Queilite actínica- revisão de literatura. 2016. 30f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, São Gonçalo do Sapucaí, 2016.

CAPÍTULO III

O PAPEL MULTIDISCIPLINAR NA ESTRATÉGIA DA ATENÇÃO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

José Danilo Braga da Cunha

DOI-Individual: 10.47538/AC-2023.02-03

Ao tratarmos de ações de políticas públicas, temos como definição um conjunto de programas, ações e decisões tomadas pelos governos nacional, estadual ou municipal que afetam a todos diretamente os cidadãos, em todos os níveis de escolaridades, independente de sexo, cor, religião ou classe social. Essa Política pública tem como objetivo atender a população, construída com a participação direta ou indireta da sociedade civil, visando assegurar um direto a determinado serviço, ação ou programa. O Marco legal da Política de saúde no Brasil, está referendado como a saúde um direito de todos e esse direto à saúde é viabilizado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) que deverá ser universal, integral e gratuito. A política de saúde é reconhecida na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) enquanto dever do Estado". O conceito de saúde é reconhecido no Artigo 196 do CF de 1988 e no caput do Artigo 3º da Lei 8.080 / 1990:

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge no Brasil, na década de 90, sob novas exigências que são postas à organização do trabalho na saúde, diferentemente das práticas de saúde vigentes até os anos 70, em que o profissional atuava de forma hierarquizada, isolada, fragmentada e autônoma. Com a aprovação pelo governo federal a Estratégia de Saúde da Família (ESF) teve sua implantação feita de forma gradativa a partir de 1994 em todo território brasileiro. Um novo paradigma de saúde passa a ser planejada com o intuito de reverter o quadro, onde a saúde passaria a ser considerada sob sua determinação histórica e social.



A família, como unidade de cuidado, é a perspectiva que dá sentido ao processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família. Desta forma, a assistência votada às famílias implica em conhecer como cada família cuida e identificam suas forças, dificuldades e seus esforços para partilhar responsabilidade. Com base nas informações obtidas, o profissional deve utilizar-se do seu conhecimento sobre cada uma delas, para juntamente com as mesmas, pensar e por em prática a melhor assistência possível.

De acordo com Mioto (2000, p. 222):

O objetivo principal é identificar as fontes de dificuldades familiares, as possibilidades de mudanças todos os recursos (tanto os das famílias, como os meios sociais) que contribuam para que as famílias consigam articular respostas compatíveis com uma melhor qualidade de vida. Tais mudanças pressupõem transformações nas pautas das relações internas e na relação das famílias com a necessidade. Isto implica o desenvolvimento da capacidade de discernir as mudanças possíveis de serem realizadas no âmbito dos grupos familiares e de suas redes, daqueles que exigem o engajamento deles em processos sociais mais amplos para que ocorram transformações de ordem estrutural.

Os profissionais passam a ter que trabalhar em equipe, configurando-se em um processo de trabalho coletivo como Almeida e Mishima (2001, p. 1-2) destacam:

Compreendemos que a Saúde da Família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe. Este é um dos grandes desafios que se coloca para as equipes de saúde que vêm se inserindo na Saúde da Família. Se esta integração não ocorrer, corremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos.

A Estratégia de Saúde da Família tem como prioridade as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. Tem como objetivo a reorganização das práticas assistenciais, substituindo ao modelo tradicional de assistência, que era orientado para a cura de doenças em hospitais, a atenção deve estar focalizada na família, entendida e percebia a partir do ambiente físico e social, o que possibilita a equipe de profissionais da saúde a compreensão abrangente do processo saúde-doença, e que a intervenção teve ir além das práticas curativas. O trabalho das equipes ESF tem base territorial. Assim, para conhecimento da área de abrangência onde atuam, devem realizar o mapeamento dos recursos existentes e a avaliação de dados demográficos e epidemiológicos locais. Este conhecimento subsidia a construção de um

diagnóstico local e um plano de intervenção que prevê prioridades, responsabilidades e prazos, capaz de detectar e atuar sobre fatores determinantes dos agravos à saúde mais prevalentes. Dentro das propostas de trabalho no território, destacam-se as ações Inter setoriais que potencializam as iniciativas da equipe.

A Estratégia de Saúde da Família mesma surgiu da necessidade de uma nova abordagem de atendimento, uma vez que, a estrutura clássica das Unidades Básicas de Saúde (UBS) não estava atendendo integralmente à necessidade da população. Está inserida em um contexto de decisão, político e institucional de fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MIOTO, 2000).

METODOLOGIA

Buscou-se uma revisão de literatura acerca da saúde pública no Brasil, com ênfase na organização da estratégia de saúde da família. As bases de dados utilizadas para o levantamento do material bibliográfico foram o Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde LILACs. Também foram usados como base outras referências de importância para a abordagem do tema, como os Manuais do Ministério da Saúde e livros. Os descriptores usados para pesquisa foram: Equipe de Saúde da Família, história e políticas públicas.

A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO BÁSICA

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica no país, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde. Favorece uma reorientação do processo de trabalho, ampliação da resolutividade e do impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

A Equipe de Saúde da Família (eSF) é multiprofissional, composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-

dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

Cada ESF deve ser responsável por uma população adscrita de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica. Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe

A valorização do tema da família não surgiu do nada, alguns fatores influenciaram para a adoção de políticas sociais como: as reordenações do mundo do trabalho, a crise financeira, a crescente pauperização da sociedade civil, aumento expressivo da exclusão social, as formas, de regulação social no mundo contemporâneo, a exploração do trabalho infantil, o crescimento da criminalidade praticado por crianças e jovens e a fragilidade das ações preventivas que vinham sendo operacionalizadas.

As práticas de saúde como objeto da intervenção do Estado, o que as caracterizaria como parte de um corpo de políticas sociais; o processo de trabalho tendo como resultado a intervenção do médico e de outros profissionais dentro de um âmbito generalista, ou seja, fora do caráter especializado que recorta e separa o objeto das práticas em saúde em faixa de idade, gênero, sistemas e órgãos, ou mesmo tipos de doenças; os modos de pensar e de praticar os cuidados à saúde baseados na ampliação e superação dos conceitos tradicionais antinômicos entre individual e coletivo; prevenção e cura; biológico e social; humano e ambiental; oficial e não-oficial; a proteção voltada não apenas para indivíduos singulares, mas para coletivos (famílias, grupos, comunidades), resultando em um novo tipo de práticas sociais de saúde; o desenvolvimento de vínculos entre a clientela e os prestadores de serviços, de natureza administrativos, geográficos, culturais ou mesmo éticos (GOULART, 2002, p. 38 – 39).

Dessa forma, o enfoque saúde familiar passa a ser fundamental para os sistemas e serviços de saúde baseada em atenção primária. A família passa a representar um fator significativo no planejamento e desenvolvimento de intervenções terapêuticas, preventivas e de promoção. Segundo o médico epidemiologista Juan Seclen – Palacin,



membro da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS o papel da família em saúde é inquestionável, e a adoção de atitudes favoráveis ou de risco para a saúde se relaciona com a dinâmica biossociocultural da família; a família é o meio básico onde se estabelecem as bases do comportamento em matéria de saúde e onde se originam as culturas, cultivam-se as bases educacionais, os valores e se expõem às normas sociais básicas.

Também destaca o autoralém disso, a inclusão do enfoque familiar nas ações de serviço de saúde contribuiria para a diminuição de um grave problema: a falta de continuidade do tratamento e adoção de medidas preventivas (GOULART,2002). Em síntese, o enfoque de Saúde da Família considera que os riscos em saúde e a aparição de doenças, bem como a obtenção do bem-estar tem como um de seus fatores determinantes o aspecto familiar, entendido este em suas concepções estrutural e dinâmica. Se a família tem um papel nos processos de saúde transite pelo caminho de considerá-lo no momento de desenvolver as intervenções em saúde.

Países como Brasil, Inglaterra, Canadá, Chile e Cuba, dentre outros, já adotaram em seus sistemas e serviços de saúde o enfoque Saúde da Família. Claro que a implementação aconteceu em épocas diversas e variou conforme a singularidade de cada país. Desde a década de 1960, o tema família vem sendo discutido mundialmente. Em 1963, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publica um documento sobre a formação do médico da família, em virtude do crescimento da superespecialização do trabalho médico e suas consequências.

Os custos financeiros elevados e a deterioração da relação humana com os pacientes A proposta médica da família se expandiram inicialmente nos Estados Unidos sendo, em 1969, a medicina familiar e reconhecida como especialidade médica. Na década de 1970, o movimento se expandiu no Canadá, México e alguns países europeus. O que ocorria era a volta ao passado, quando o médico liberal cuidava de toda a família (o que tivesse condições de remunerá-lo). O movimento médico da família surge para combater os desajustes da prática médica mediante a reorientação da formação profissional do médico sem se avançar na discussão da reorganização das instituições de saúde como um todo (PAIM, 1986).



As universidades da América Latina abrem as portas para que através de reuniões e seminários, divulgarem tal proposta. No Brasil, vivíamos a ditadura militar; o que provocou oposição intensa de setores progressistas dos profissionais de saúde, devido ao fato da proposta norte-americana ter extrema aproximação como modelo liberal da prática médica. Torna-se intensa a discussão quanto à reorganização do sistema de saúde vigente surgindo no final da década 1970, variadas propostas de reorientação dos serviços de saúde (PAIM, 1986).

Os serviços de atenção primária à saúde passam a ser valorizados internacionalmente, o que repercutiu no Brasil, onde são constituídos programas para a Atenção Primária em Saúde (APS), de forma desarticulada no início nos demais setores, mas aos poucos possibilitaram uma maior integração em ações preventivas e curativas e tornaram mais concretas as discussões sobre a hierarquização da assistência à saúde. Dessa forma, nasce o Sistema Único de Saúde (SUS).

O debate político sobre a questão saúde na época estava na disputa entre os defensores dos diferentes modelos do serviço básico. De um lado, existia a proposta trazida pelas experiências de saúde comunitária, realizadas pela Igreja Católica, baseadas no trabalho de equipe e na relação educativa da população. De outro, havia a proposta do médico da família significando uma atualização da medicina liberal do passado, centralizando no serviço a figura do médico.

Predominava, entretanto um terceiro modelo cujos esforços concentram-se na multiplicação de serviços básicos, planejados por profissionais situados fora dos serviços locais. Embora desenvolvessem ações de caráter preventivo e coletivo. Os problemas clínicos de saúde da população continuaram a ser tratados com base no modelo médico tradicional através de alguns especialistas.

Em 1990, ocorreu uma valorização do tema família. No Brasil, inspirados em experiências advindas de outros países como Cuba, Inglaterra e Canadá cuja saúde pública alcançou níveis interessantes de qualidade foram criados programas como Programa Agentes da Saúde (PAS) (Ceará, 1987) e Programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e posteriormente o Programa Saúde da Família (PSF).

Então em 1994, durante o governo de Itamar Franco, o Ministério da Saúde (MS) cria o PSF, que incorpora o (PACS) criado em 1991. O Programa Social da Família (PSF)

tem como propósito contribuir na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e na municipalização da integralidade e participação da comunidade. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu da necessidade de uma nova abordagem de atendimento, uma vez que a estrutura clássica das unidades básicas de saúde (UBS) não estava atendendo integralmente à necessidade da população. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) está inserindo um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). E de acordo o Ministério da Saúde (MS), sua implantação constitui-se:

[...] uma estratégia que prioriza as ações de Promoção da saúde dos indivíduos e da família, do recém nascido ao idoso, saudos ou doentes, reforma integral e continua. Seu objetivo é a reorganização „da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando as equipes de saúde uma compreensão do processo saúde /doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 2000, p.02).

Do ponto de vista normativo, as disposições que regem a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) foram dadas pela Norma Operacional Básica (NOB)⁷ do SUS de 1996, embora tenha havido uma sequência de portarias e outros instrumentos do Ministério da Saúde (MS) que tiveram influência direta e indireta sobre o desenvolvimento da Estratégia (CARVALHO, CORDENI, 2001). A Norma Operacional Básica (NOB/1996) prevê duas formas para a habilitação dos municípios junto ao Sistema Único de Saúde (SUS): gestão plena de atenção básica e gestão plena do Sistema Municipal.

Observa-se uma preocupação desta norma em estabelecer as bases para que o SUS venha “a ser transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com os seus nédios sociais primários – as famílias”.

Como parte do processo de descentralização e municipalização das ações de saúde, a implementação e desenvolvimento da Estratégia de saúde da Família são coordenados pelo gestor municipal. Os requisitos para a implantação são: projeto da ESF aprovado pelo Conselho; o município possuir Plano Municipal de Saúde e ter realizado Conferência Municipal de Saúde; ofício do prefeito dirigido ao secretário de Estado da

Saúde solicitando o programa; ata de Conferência ou programação da mesma (CARVALHO, CORDENI, 2001).

A implementação da ESF, consiste em fazer o cadastramento das famílias, implantação do Sistema de Informações da Atenção Básica (que grega dados e processa informações sobre a população visitada, realizar diagnósticos da comunidade (condições socioeconômicas e de saúde) e programar o trabalho com base no diagnóstico e em conjunto com a comunidade. O processo de operacionalização da Estratégia de Saúde da Família (ESF), segundo o Ministério da saúde, deve ser adequado às diferentes realidades, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais.

A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA X MULTIPLINARIDADE

O Programa Saúde da Família destaca-se como uma tentativa de transformar as práticas da atenção à saúde em potencial estratégico, com o propósito de centrar a atenção na saúde, com ênfase na integralidade das ações, focando no indivíduo como um sujeito integrado à família e à comunidade. Segundo o Ministério da Saúde, o principal propósito do PSF é o de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando-a para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos cidadãos. Prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde do indivíduo de forma integral e contínua, sendo o atendimento prestado na UBS ou no domicílio, pelos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família.

Essas equipes são estruturadas pelos seguintes profissionais: no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Juntos, eles atuam na promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, assim como na manutenção da saúde da comunidade, conforme Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde. Posteriormente, foi acrescentada a Equipe de Saúde Bucal, sendo composta por odontólogo e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

A exemplo dos odontólogos, outros profissionais como assistentes sociais e psicólogos poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, segundo as necessidades e possibilidades locais. Cada unidade básica de saúde da família pode atuar

com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

As equipes de saúde da família têm como base de trabalho as unidades de saúde. O atendimento é direcionado às famílias cadastradas de uma área delimitada, através da unidade de saúde e acompanhamento domiciliar, o que favorece a aproximação e o maior conhecimento da equipe profissional com a comunidade. Cada equipe do PSF atende entre 600 a 1.000 famílias, aproximadamente 3.500 pessoas, em média. A ESF prevê que o profissional tenha compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade do ser humano, relacionadas, em seu contexto pessoal, à dinâmica familiar, às suas características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas. Isso requer dos profissionais uma atitude diferenciada, pautada no respeito, na ética e no compromisso com as famílias pelas quais são responsáveis, mediante a criação de vínculo de confiança e de afeto, atuando de forma participativa na construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar.

Esse novo modelo de assistência supõe envolvimento dos integrantes das equipes com a população de seu território de abrangência, para que seja criado um vínculo entre a família e a equipe, de modo que as equipes possam planejar e executar ações que tenham como objetivo resolver os problemas dos usuários. A necessidade de uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar tem demandado a incorporação de outras categorias ao PSF: educador físico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, nutricionista e fonoaudiólogo. As categorias que não a de médico, enfermeiro e odontólogo não têm ainda uma proposta acordada, seja local ou nacionalmente, do que fazer na Atenção Primária de Saúde, como modelo de atenção estruturante.

O trabalho da equipe da saúde da família requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade do ser humano em atenção primária, pois ele enfoca a saúde em seu contexto pessoal, familiar e social. O processo de trabalho desses profissionais considera o indivíduo na família e na comunidade como um todo integrado, onde em que os problemas devem ser detectados pela interação e resolvidos com a participação de todos.

O papel dos agentes comunitários no Brasil foi institucionalizado em 1996 no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Porém, somente em 1999, com o decreto presidencial no. 3.189, de 4 de outubro, é que a estratégia de saúde da família e o PACS se tornaram programas de interesse público. No Canadá, o PACS foi implementado entre os anos 1980 a 1990. Avaliações das transformações dos papéis dos agentes comunitários em saúde têm sido realizadas tanto no Canadá como no Brasil. Essas análises críticas têm demonstrado que o sucesso do PACS depende de múltiplos fatores e são aplicados à realidade e aos contextos próprios onde em que estão inseridos. Ações orquestradas entre a iniciativa pública e privada, com as lideranças das equipes multidisciplinares de saúde são essenciais para o alcance de resultados positivos. Transformações sociais também precisam ocorrer, de forma a fazer com que o capital social aplicado à saúde sirva às necessidades sociais, à promoção da justiça social e ao empoderamento da população, e não aos interesses político-partidários ou aos interesses econômicos capitalistas.

Uma revisão sistemática evidenciou que as modalidades socioeducativas empregadas pelos ACS no Brasil têm sido muito mais impositivas do que integrativas.

O papel dos ACS tem-se confundido com o de auxiliares de enfermagem. Existe um direcionamento maior das atividades desenvolvidas para o rastreamento de doenças, para a prevenção de riscos e agravos pelo controle do calendário vacinal, das condições de higiene e saneamento das moradias, da orientação sobre pré-natal, aleitamento materno, nutrição e vigilância do uso adequado de medicamentos; do que das questões propriamente relacionadas à promoção de saúde. Pouca valorização da cultura local, pouco estímulo às atividades de lazer e solidariedade, poucas modalidades nas quais o autor e ator das ações sejam os próprios membros da comunidade e pouca “escuta” se revelam nos resultados dos programas adotados.

O papel dos ACS deveria ressaltar o valor de cada indivíduo na comunidade e aproveitar o que emerge do contexto social. Um estudo comparativo entre o PSF no Canadá e na Jordânia demonstrou que os modelos nesses países são semelhantes em relação aos cuidados com alimentação, saúde mental, trabalho, violência e qualidade de vida. Entretanto, diferem no modo de responsabilização, na recomendação para a prática de atividade física e na abordagem dos problemas que envolvem os relacionamentos

interpessoais. Condições socioculturais brasileiras com certeza apresentam, com certeza, diferenças significativas na adoção de medidas de promoção da saúde que precisam ser melhor identificadas.

O nível educacional do ACS brasileiro, do qual só se exige saber ler e escrever e se paga um salário mínimo, produz uma limitação no desenvolvimento das intervenções socioeducativas por eles realizadas. É necessária uma condição cognitiva mínima para que os ACS possam ser capacitados para cumprir adequadamente seu papel. Outro problema que perpetua a condição pouco aderente envolve a falta de clareza do supervisor sobre a promoção da saúde no nível de atenção primário. O papel de supervisor geralmente é desempenhado por um enfermeiro que possui uma formação no modelo biomédico e reproduz automaticamente o padrão adotado nos níveis de atenção secundária e terciária. Como desempenha um papel de maior responsabilidade e liderança, o enfermeiro deve ser o primeiro a refletir sobre as orientações a atitudes frente aos agentes comunitários de saúde para que o PACS possa atingir sua principal meta de transformação social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho se fez necessário para analisar e compreender as mudanças ocorridas a partir da implantação da ESF Bela Alvorada no município de Rubim – MG. A ESF Bela Alvorada foi construído em 2006, no Bairro Alvorada, no município de Rubim- MG, que foi fundado no mandato da prefeita Lourdes Caldeira no período de 1989 a 1992, faz divisa com os bairros Guaraná e Centro. Conta com uma equipe de saúde da família completa. O atendimento da zona rural é feito no distrito de Itapiro, na UBS Dely Figueiredo. A equipe de saúde é composta por 01 médico, 02 enfermeiras, 01 dentista, 04 auxiliares de enfermagem, 01 técnico de enfermagem, 02 serviços gerais, 01 recepcionista, 01 auxiliar de saúde bucal, 08 agentes de saúde, sendo que destes, 04 ficam no distrito de Itapiro, com 01 enfermeira e o médico faz atendimento 1 vez por semana. Os usuários ao chegarem à unidade de saúde para o atendimento, a enfermeira realiza uma triagem de acordo com o Protocolo de Manchester e utiliza o Alert Edis. O trabalho será de grande relevância para os usuários da ESF Bela Alvorada mostrando a importância da mesma para o atendimento das suas necessidades.

REFERÊNCIAS

- ADRIANO, J. O Plantão Social na Atenção Básica à Saúde: um estudo aproximativo sobre a prática profissional. 2007. 94 p. Trabalho de Conclusão de Curso (bacharel em Serviço social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. Interface, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 50-53, 2001.
- ANTUNES, R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.
- BARROS, Jose Augusto C. Pensando o Processo Saúde-doença: a que se responde modelo biomédico. Caderno Saúde Pública, 2003.
- BEHRING, Eliane. R. Política Social no Capitalismo Tardio. São Paulo: Cortez, 1998.
- BERTUSSI, D. C., OLIVEIRA, M. S. M., LIMA, J. V. C. A Unidade Básica no Contexto do Sistema de Saúde. In: ANDRADE, S. M., SOARES, D. A., CORDENI J. R., L. (OPG). Bases da Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: VEL, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde, 2000. Avaliação da implantação e funcionamento do PSF. Brasília; Ministério da Saúde.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.,Brasília; Senado, 1988.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1886 / 1997. Reconhece no PACS e no PSF estratégias para o aprimoramento e consolidação do SUS e aprova normas e diretrizes para tais programas, incorporando ainda a figura normativa do programa similar. Brasília – DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil.1997
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica, nº 01 / 93, Portaria nº 234 / 92. Diário Oficial da União. Brasília – DF, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica, nº 01 / 96, Portaria nº 234 / 92. Diário Oficial da União. Brasília – DF, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3925 de 13 de novembro de 1998. Implanta o Manual da Atenção Básica. Brasília – DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3925 de 13 de novembro de 1998. Implanta o Manual da Atenção Básica. Brasília – DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. I Mostra de Experiências em Saúde da Família. Brasília: MINISTÉRIO da Saúde. 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Perfil dos Médicos e dos Enfermeiros do PSF. Brasília: Ministério da Saúde. 2000
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a organização da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração Ama-Ata, Carta de Otatwa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sudsvall, Declaração de Santa-fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília – DF.2001

BRAVO, Maria Inês de Souza;MATOS, Maurílio Castro. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. & PEREIRA, P. A. P. (org), Política Social e Democracia. Rio de Janeiro: Cortez, 2002.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Superando Desafios – O Serviço Social na década de 90. In: Superando Desafios. Rio de Janeiro: UFRJ, 1988.

BREILH, J & Granada, E. Investigação da saúde na Sociedade: Guia Pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. Tradução de José da Rocha Cavalheiro et. Al. São Paulo, Instituto de Saúde / ABRASCO, 1986.

CARVALHO, G. B., CORDENI J. R., L. A Organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE S. M., SOARES, D. A., CORDENI J. R., L. (org). Bases da Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: VEL, 2001.

COHN, Amélia. A saúde na previdência social e na seguridade: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, Amélia, ELIAS. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 4^a edição. São Paulo: Cortez, 2001.

GOULART, Flavio A. de Andrade. Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso? Tese de doutorado. F 10 CRUZ. Rio de Janeiro: 2002 (Mimeo). COMPLETAR

HARVEY, David A. Condição Pós-Moderna. São Paulo. Edições Loyola, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE –. CENSO 2000.

CAPÍTULO IV

METODOLOGIA ATIVA NA ADMINISTRAÇÃO INTRAMUSCULAR DE MEDICAMENTOS NOS CURSOS TÉCNICOS EM ENFERMAGEM

Maria das Graças Nogueira Ferreira

Anderson Felix dos Santos

Juliana dos Santos Pessoa

Amanda Maria da Silva Rodrigues

Salmana Rianne Pereira Alves

Ivana Maria Medeiros de Lima

DOI-Individual: 10.47538/AC-2023.02-04

Metodologias ativas de ensino-aprendizagem, especialmente com abordagem problematizadora, têm sido utilizadas na formação de profissionais de saúde como estratégia para integrar saberes e promover uma abordagem crítica e reflexiva da prática. Uma dessas metodologias é a Espiral Construtivista, que, embora utilizada no Brasil desde 2004, ainda não foi investigada e registrada como um novo construto metodológico devido à sua origem e embasamento teórico (SILVA et al., 2020).

A utilização de metodologias ativas é uma forma de operacionalizar a construção de um profissional crítico e reflexivo, rompendo com o modelo tradicional de ensino em que o aluno passa a ser o foco principal, tornando-se ativo e participante do processo ensino-aprendizagem. Essa situação faz com que o aluno queira aprender, pesquisar, discutir e ao mesmo tempo entender a importância de respeitar a diversidade de opiniões (GARANHANI et al., 2013).

Levando em conta esse pressuposto, as instituições que educam na área da saúde devem buscar novas estratégias para que a formação profissional dos egressos seja adequada à conformidade do sistema de saúde, garantindo a qualidade do atendimento à população. Assim, o profissional de saúde deve ser capaz de conceber, planejar, implementar e avaliar políticas e atividades para o bem geral da comunidade, como possuir habilidades que possam transformar a prática técnica em subsídios para garantir o acolhimento e o atendimento dos pacientes em diversos aspectos das necessidades de saúde das pessoas (BARBOSA et al., 2020).

O técnico em enfermagem é o principal ator na administração de medicamentos intramusculares, seu desenvolvimento requer dinâmicas de aprendizado para elevar o nível dos profissionais introduzidos no mercado de trabalho, para que as metodologias ativas entrem com aliados para melhorar o processo (BARBOSA et al., 2011).

O objetivo da pesquisa é construir uma metodologia ativa para fixar o método de administração de medicação intramuscular.

METODOLOGIAS ATIVAS

A oferta de educação que ativa e engaja os aprendizes é antiga, o conceito é que surgiu recentemente. Freire, Dewey, Knowles, Rogers, Vygotsky não citam esse termo, mas defendem o uso de tais princípios. Se formos mais longe, a filosofia socrática (século V a.C.) já tentava ativar o público pelo método do questionamento. Em outras palavras, se buscássemos um "idealizador", teríamos que retroceder milênios na história da educação. As metodologias ativas estão intimamente relacionadas à atitude do educador, forma de avaliação e como são avaliadas as experiências anteriores dos participantes. Acontece que nas últimas décadas passamos a utilizar o termo como forma de conceituar a antiga prática de orientar crianças, adolescentes e adultos dentro e fora da sala de aula (SANTOS et al., 2020)

A partir de 1980 as metodologias ativas tentaram responder a diversos fatores que interferem no processo de aprendizagem e na necessidade de os alunos desenvolverem diversas habilidades. Era imperativo que o aluno assumisse um papel mais ativo e proativo, comunicativo e de pesquisa (SANTOS, 2014). De certa forma, essas metodologias se opõem a métodos e técnicas que enfatizam a transferência de conhecimento. Defendem uma maior atribuição e divisão de responsabilidades no processo ensino-aprendizagem, nas relações interpessoais e no desenvolvimento da capacidade de aprender de forma independente. O papel do professor também foi repensado; transferido do comunicador de conhecimento para o monitor, com a obrigação de criar ambientes de aprendizagem repletos de atividades variadas (CAMARGO; DAROS, 2018).

Segundo Barbosa e Moura (2013), a aprendizagem ativa se dá por meio da interação do aluno com o assunto estudado, ouvindo, conversando, perguntando,

discutindo, fazendo e ensinando, estimulando a construção do conhecimento ao invés de recebê-lo passivamente. A aplicação das lições aprendidas em contextos diferentes daqueles em que foram obtidas exigirá mais do que apenas decoração ou solução mecânica dos exercícios. Isso exigirá o domínio de conceitos, raciocínio flexível e habilidades em análise e abstração. Ao realizar tais reflexões, o aluno terá mais clareza sobre o conteúdo.

As metodologias ativas de aprendizagem buscam enxergar os sujeitos como protagonistas de seu processo de aprendizagem, buscando compreender a formação acadêmica e os anseios dos alunos para que alunos e professores possam ser agentes/parceiros e corresponsáveis pelas atividades de desenvolver seu próprio processo de aprendizagem, ou seja, aprender a aprender (CASTANHO; CASTANHO, 2001).

Elas são usadas para fazer o aluno descobrir um fenômeno e entender os conceitos por si mesmo, e então fazer com que o aluno relate suas descobertas com o conhecimento prévio do mundo ao seu redor. Assim, espera-se que o conhecimento construído seja de maior importância do que quando a informação é passivamente “passada” ao aluno. Nas estratégias de aprendizagem ativa, o aluno é o principal agente no processo de construção do seu conhecimento, atuando para a aprendizagem, e o professor atua como um facilitador no processo de ensino-aprendizagem. O professor deve atuar como um mediador atento no processo de construção do conhecimento de seus alunos (SANTOS, 2015).

METODOLOGIA ATIVA NA FORMAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

A formação dos profissionais de saúde tem sofrido uma série de mudanças decorrentes das mudanças científicas, tecnológicas, econômicas, sociais e epidemiológicas internacionais. Dessa forma, os programas dos cursos de saúde são integrados à educação pública e à política de saúde, levando em consideração as necessidades de saúde da população em nível local e global (VILLELA et al., 2013; FREIRE FILHO et al., 2017).

A enfermagem, como segmento prioritário da saúde, é composta por três categorias profissionais: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (BARBOSA

et al., 2011), que são responsáveis por assistir, cuidar, pesquisar e educar, sendo esta última uma das principais funções que o campo de enfermagem está tomando.

O técnico em enfermagem exerce atividades de nível médio que incluem dirigir e acompanhar o trabalho do enfermeiro no nível assistencial e participar do planejamento e da assistência de enfermagem (PEREIRA, 2007). São profissionais que têm o papel de intervir no contexto social solucionando os problemas de saúde da população (LIMA; APOLINÁRIO, 2011). Quando se pensa na prática desse profissional, percebe-se que é preciso levar em conta o contexto de construção de seu saber técnico-científico na educação profissional, para que os problemas com os quais se debate em sua experiência profissional possam ser intensificados quando submetidos a treinamento insuficiente.

O progresso tecnológico influencia a educação na área da saúde. A velocidade da informação relacionada ao avanço do conhecimento exige métodos de ensino inovadores que acompanhem essa evolução e proporcionem uma formação crítica e criativa dos alunos, afastando-se dos antigos métodos relacionados à repetição e memorização (QUILICI et al., 2012).

As metodologias ativas de ensino e aprendizagem possibilitam a mudança desse paradigma, desde que se baseiem na transformação do papel do educador em aluno, assumindo uma dinâmica de aprendizagem aberta, coletiva, integradora e facilitadora.

O grande desafio da metodologia ativa é aprimorar a autonomia do indivíduo e uma educação capaz de desenvolver uma visão transdisciplinar do todo, que possibilite a compreensão de aspectos cognitivos, afetivos, socioeconômicos, políticos e culturais, constituindo uma prática pedagógica socialmente contextualizada (MITRE et al., 2008).

A IMPORTÂNCIA DA METODOLOGIA ATIVA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A administração de medicamentos é uma das atividades mais comuns no cotidiano da equipe de enfermagem. Quando feito com segurança e precisão, torna-se um dos deveres mais importantes desta área. Os medicamentos são a principal alternativa terapêutica para pessoas com determinada condição médica, mas também podem causar efeitos nocivos se administrados de forma incorreta (SOUZA; CURY, 2020).



A terapia medicamentosa está integrada à assistência de enfermagem. Contudo, o papel da enfermagem não se restringe, apenas, em administrar a medicação. A esses profissionais cabem, entre outras, as tarefas de julgar se o paciente deve receber a medicação em um determinado momento, avaliar qual o melhor sítio para administrá-la e monitorar os efeitos do fármaco (FONTE).

A técnica de administração de medicamentos é relativamente simples, mas, se realizada de forma descuidada e não-profissional, pode causar danos iatrogênicos aos usuários dos serviços de saúde; dentre estes, destacam-se: formação de abscesso, hematoma, dor, eritema, embolia, necrose tecidual e lesão nervosa (GREENBLATT; ALLEN, 1978; CASTELLANOS, 1977).

O tema da administração de medicamentos pela via intramuscular (IM) na enfermagem é considerado por muitos como um procedimento relativamente simples. No entanto, a prática profissional e a literatura consultada apresentam diversos relatos sobre complicações relacionadas a este procedimento. Na literatura, houve relatos de erros graves cometidos pela equipe de enfermagem durante a realização desse procedimento, que resultaram na formação de tecido adiposo, contratura e restrição de mobilidade de ombros, hematomas, nódulos e eritema (GODOY; NOGUEIRA; MENDES, 2004).

Entende-se, portanto, que mudar essa realidade passa pela educação e capacitação da equipe de enfermagem para garantir uma prática segura ao paciente (GODOY; NOGUEIRA; MENDES, 2004). Ao abordarmos o processo de aprendizagem e suas novas tendências, algumas considerações sobre a metodologia utilizada nos processos de ensino universitário no Brasil são relevantes, principalmente quando falamos de novas tecnologias de ensino com ênfase na autonomia e independência do aluno.

METODOLOGIA

Para a construção da intervenção pedagógica recorremos às contribuições teóricas de Semiologia (TIMBY, 2007; PRADO; GELCKE, 2013; SANTOS et al., 2012; ROQUE; Melo; DALMOLIN, 2013) que abordam a temática em estudo, assim como os autores que discutem os jogos de tabuleiro, metodologias ativas como estratégia de ensino e aprendizagem (SILVA; DIAS, 2020; GALLINDO, 2017; NETO et al., 2020).

A partir do embasamento teórico desses referenciais, foi construída uma proposta de intervenção pedagógica que tem como objetivo utilizar o jogo de tabuleiro, como metodologia ativa no ensino de Semiologia, na aplicabilidade da administração de medicamento intramuscular.

PARTICIPANTES

O público-alvo serão 24 alunos do Curso Técnico em enfermagem, da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança, localizada no município de João Pessoa-PB.

INSTRUMENTOS

A experiência será vivenciada entre os meses de agosto e setembro de 2022, com a carga horária de 10h (da temática), distribuídas em cinco aulas.

A sequência de atividades encontra-se esquematizada no quadro abaixo (Quadro 1), e é discutida a seguir.

Quadro 1 – Planejamento das atividades da intervenção pedagógica.

PRIMEIRO MOMENTO – PROBLEMATIZAÇÃO INICIAL			
Aulas	Atividade	O que vai ser abordado?	Que recursos vão ser utilizados?
01	semiologia	Administração de medicamento intramuscular (nome dos músculos, localização dos músculos, dosagem máxima que podem ser administrada em cada músculo, tipo e agulha, ângulo e forma de posicionar agulha).	Slides, datashow e apontador a laser
02	semiologia	Perguntas sobre a função da administração de medicamento intramuscular	Folhas impressas, canetas e borrachas
SEGUNDO MOMENTO – ORGANIZAÇÃO DO CONHECIMENTO			
Aulas	Atividade	O que vai ser abordado?	Que recursos vão ser utilizado?
03	Estudo dos músculos utilizados para administração de medicamento intramuscular	Diferenças anatômicas e localização dos músculos	Peças anatômicas, slides, datashow e apontador a laser
04	Estudo das técnicas de administração de	Dosagem máxima que pode ser administrada em cada músculo,	Seringas, agulhas, álcool e algodão, slides,

	medicamento intramuscular	tipo e agulha, ângulo e forma de posicionar agulha.	datashow e apontador a laser
TERCEIRO MOMENTO – APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO			
Aulas	Atividade	O que vai ser abordado?	Que recursos vão ser utilizados?
05	Aplicação do jogo de tabuleiro	Administração de medicamento intramuscular	Cartolinhas, lápis, caneta e cola
06	Questionário sobre o processo de administração de medicamento intramuscular	Como ocorre o processo de administração de medicamento	Caneta, cadernos e borrachas

Baseado no jogo didático como estratégia de ensino e mediante as considerações feitas, será desenvolvido um jogo de tabuleiro a fim de auxiliar no processo de ensino e aprendizagem em semiologia, em relação à administração de medicamento intramuscular. O jogo será produzido levando em consideração as dificuldades que os estudantes apresentavam em relação ao aprendizado do processo de administração intramuscular.

Com a estratégia metodológica do jogo didático, pretende-se proporcionar um aprendizado prazeroso e significativo dos conceitos de difícil compreensão em administração de medicamento intramuscular por meio de uma atividade dinâmica e interativa.

PROCEDIMENTOS

No primeiro momento, será ministrado o assunto de semiologia: administração de medicamentos intramuscular, abordando administração de medicamento intramuscular (nome dos músculos, localização dos músculos, dosagem máxima que podem ser administrada em cada músculo, tipo e agulha, ângulo e forma de posicionar agulha). Utilizará os procedimentos metodológicos: aula expositiva em data show, slides com imagens de cada músculo, utilizando apontador a laser em cada imagem, apontando sobre cada imagem ilustrativa e explicando a funcionalidade.

Em seguida, após a exposição do conteúdo, será aplicada uma atividade sobre o assunto: perguntas subjetivas para que os alunos escrevam o que entenderam do processo de administração de medicamento intramuscular, como por exemplo: Qual o objetivo da administração de medicamento intramuscular? Qual material necessário para administração da medicação intramuscular? Quais agulhas podem ser utilizadas na

administração intramuscular (calibre)? Em quais músculos podem ser administrados? Para realizar a administração de medicamento intramuscular é necessário pinçar o músculo? Qual o ângulo da agulha e o posicionamento do bisel? Qual o volume máximo indicado para administração no tecido intramuscular em um adulto e em quais músculos? Qual a via mais segura para administrar medicamento intramuscular? Onde deve ser desprezado os perfuro cortantes após administração da medicação? Para tanto, entregaremos para os alunos a atividade impressa e eles responderão individualmente.

No terceiro momento, após toda a explanação, será aplicado o jogo de tabuleiro a partir de peças confeccionadas com cartolinhas e canetas permanentes.

A abordagem do jogo de tabuleiro permitirá uma aprendizagem de forma pedagógica e eficaz, a partir da qual os alunos irão rever o que foi ensinado em sala de aula e materializar na forma de um jogo, o que permite uma abordagem ativa da aprendizagem. Após a aplicação desta atividade, os alunos avaliarão o jogo como dinâmico, envolvente e eficiente na fixação de seu conteúdo semiótico. Nessa perspectiva, os jogos de tabuleiro seriam eficazes como ferramenta de ensino investigativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia ativa proposta torna o aluno um ser central do seu aprendizado, sendo protagonista das ações que serão desenvolvidas durante as aulas, caracterizando uma realidade de quando ele for profissional e tiver que realizar a ação de administração de medicamentos intramuscular, com segurança e firmeza.

Diante da intervenção proposta espera-se que ao aplicar a metodologia, os alunos tenham uma abordagem do assunto de forma dinâmica e ativa, adquirindo uma maior absorção de conhecimento do assunto ministrado.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Eduardo Fernandes; DE MOURA, Dácio Guimarães. Metodologias ativas de aprendizagem na educação profissional e tecnológica. Boletim Técnico do Senac, v. 39, n 2, p. 48-67, 2013.

BARBOSA, Thiago Luis de Andrade et al. Expectativas e percepções dos estudantes do curso técnico em enfermagem com relação ao mercado de trabalho. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 20, n. spe, p. 45-51. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500005>

BARBOSA, Simone de Pinho et al. Aspectos que compõem o perfil dos profissionais médicos da estratégia saúde da família: o caso de um município polo de Minas Gerais. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 43, p. 395-403, 2020.

CAMARGO, Fausto; DAROS, Thuinie. A sala de aula inovadora-estratégias pedagógicas para fomentar o aprendizado ativo. Penso Editora, 2018.

CASTANHO, S.; CASTANHO, M. E. Temas e textos em metodologia do ensino superior. Campinas, SP: Papirus Editora. 2001.

CASTELLANOS, Brigitte Elza Pfeiffer. Estudo sobre as regiões para aplicação de injeção por via intramuscular. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 11, p. 261-324, 1977.

DALMOLIN, I. S. et al. Injeções intramusculares ventro-glútea e a utilização pelos profissionais de enfermagem Rev Enferm UFSM, v.3, n. 2, p. 259-265, Mai./Ago. 2013.

EDUCAÇÃO - EDUCERE, 12, 26 a 29 out. 2015. Formação de professores, complexidade e trabalho docente. Paraná, PR, v. 10, n. 4, p. 27203 - 27212, 2015.

FREIRE FILHO, José Rodrigues et al. New national curricula guidelines that support the use of interprofessional education in the Brazilian context: an analysis of key documents. Journal of Interprofessional Care, v. 31, n. 6, p. 754-760, 2017.

GARANHANI ML, VANNUCHI MTO, PINTO AC et al. Currículo integrado de enfermagem no Brasil: uma experiência de 13 anos, 2013. Creat Educ, 2013; 4(12): 66-74.

GODOY, Simone de; NOGUEIRA, Maria Suely; MENDES, Isabel Amélia Costa. Aplicação de medicamentos por via intramuscular: análise do conhecimento entre profissionais de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 38, p. 135-142, 2004.

GREENBLATT, David J.; ALLEN, Marcia Divoll. Intramuscular injection-site complications. Jama, v. 240, n. 6, p. 542-544, 1978.

LIMA, E. C.; APPOLINÁRIO, R. S. A educação profissionalizante em enfermagem no Brasil: desafios e perspectivas. Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro. v. 19, n. 2, p. 311-316, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a23.pdf>. Acesso em: 25 set. 2022.

MITRE, Sandra Minardi et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciência & saúde coletiva, v. 13, p. 2133-2144, 2008.

PEREIRA, S. E. Contribuições para um planejamento educacional em ciências da saúde com estratégias inovadoras de ensino-aprendizagem. Comunicação em Ciências da Saúde, Brasília, v.18, n.1, p. 33-44, 2007. Disponível em: http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2007Vol18_1art04contribuicoes.pdf. Acesso em: 25 set. 2022.

PRADO, M.L., GELCKE, F.L. Fundamentos para o cuidado profissional de Enfermagem.

POTTER, P. A, PERRY, A. G. Fundamentos da enfermagem. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

QUILICI, Ana Paula et al. Simulação clínica: do conceito à aplicabilidade. São Paulo: Atheneu, p. 1-82, 2012.

ROQUE, K.;E, Melo, E.;C.;P. Avaliação dos eventos adversos a medicamento. Esc Anna Nery, v. 16, n. 1, p. 121- 127, jan./mar. 2012.

SANTOS, Carlos Alberto Moreira dos. O uso de metodologias ativas de aprendizagem a partir de uma perspectiva interdisciplinar. In: CONGRESSO NACIONAL DE DE EDUCAÇÃO, 12., 2015, Curitiba. Anais [...]. Curitiba: PUC-PR, 2015. p. 27202-27212. Disponível

em: <https://www.aprendizagemconectada.mt.gov.br/s/14069491/14102218/+9.+O+USO+DE+METODOLOGIAS+ATIVAS+DE+APRENDIZAGEM+A+PARTIR+DE+UMA+PERSPECTIVA+INTERDISCIPLINAR/da9abad3-b04b-1be5-3fb8-9170c76c23e>.

SANTOS, Lucimere Antunes. Impacto da anomia organizacional sobre a aprendizagem organizacional: uma análise a partir do suporte à aprendizagem e das estratégias de aprendizagem. 2014. 90 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2014.

SANTOS, Tiago Rendley Vieira dos et al. Desenvolvimento e aplicação de jogos para o ensino de química: considerações sobre sua utilização em sala de aula no ensino médio.

SANTOS, V. C.; et al. Técnicas Básicas de enfermagem. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2009.

SILVA, Fabiana Porto et al. Abordagens teórico-práticas e metodológicas na formação em enfermagem para a saúde mental. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 10, p. 77, 2020.

SOUZA, Cristiano Oliveira; CURY, Geraldo Cunha. Técnica de Hochstetter: um estudo do processo formativo dos profissionais de enfermagem. Research, Society and Development, v. 9, n. 11, p. e87891110563-e87891110563, 2020.

TIMBY, B. K. Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VILLELA JC et al. The teaching of mental health in a nursing undergraduate course: a case study. Texto & contexto enferm, 2013; 22(2): 397-406. Florianópolis, 2013.

CAPÍTULO V

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE O USO DA TERAPIA À LASER E A SUA INTERFACE COM O ALEITAMENTO MATERNO

Jeovanna Kelly Freire dos Santos

Gillyanna Karla Santana de Oliveira

Amanda Benício da Silva

Smalyanna Sgren da Costa Andrade

DOI-Individual: 10.47538/AC-2023.02-05

O aleitamento materno é a forma mais eficiente e indicada para suprir as necessidades nutricionais do bebê. Além de promover um forte vínculo materno-infantil, a amamentação oferece à criança substâncias imunomoduladoras e anticorpos essenciais, melhor desenvolvimento intelectual, previne doenças, alivia cólicas, enquanto para a mãe, previne hemorragias pós-parto, doenças cardiovasculares, câncer de mama e de útero, evita osteoporose e ajuda na recuperação do peso anterior (CURAN et al., 2023).

Apesar dos inúmeros benefícios, muitas mães abandonam a amamentação precocemente em decorrência de lesões mamárias, com incidência de 11 a 96% (CURAN et al., 2023). Nesse sentido, algumas alternativas são descritas na literatura como estratégias para sanar esse desafio, embora existam contrapontos relacionados ao uso de pomadas de camomila, lanolina, conchas protetoras, utilização do próprio leite, pesquisas apontam percepção de alívio em traumas mamárias. Ademais, essencialmente a pega e posição correta são condições para a redução do problema em tela (SILVA, et al., 2022).

Outra técnica eficaz é a fotobiomodulação com laser de baixa potência, que consiste na aplicação de laser em baixa intensidade na fissura mamilar, com uma promissora capacidade analgésica e cicatrizante. Essa alternativa aumenta a renovação celular e diminui mediadores inflamatórios, edemas e dor, permitindo assim a continuidade da amamentação (OLIVEIRA, FERREIRA, 2021).

Um estudo quali-quantitativo realizado no Rio de Janeiro em 2022 identificou resultados satisfatórios da laserterapia em mulheres no período do puerpério (SILVA, ATANASIO, LOURENÇO, 2022).

Nesse contexto, este estudo se assenta na relevância de proporcionar informações relacionadas à laserterapia e a sua aplicabilidade na amamentação, com vistas a apontar direções viáveis ao alívio dos desconfortos à mulher lactante. Para tanto, objetivou-se analisar as evidências científicas sobre uso da laserterapia frente às nuances do aleitamento materno.

MÉTODO

Trata-se de estudo de Revisão Integrativa da Literatura (RIL) configurando-se como uma pesquisa capaz de sintetizar as evidências científicas sobre determinado tema ou questão norteadora, auxiliando assim o aprofundamento do conhecimento e sua melhor compreensão por fornecer um retrato da literatura (SOARES et al., 2014).

Esta RIL seguiu cinco etapas, quais sejam: elaboração de uma questão de pesquisa; busca de estudos primários na literatura científica; verificação dos estudos segundo os critérios de inclusão e exclusão; análise crítica e caracterização dos estudos selecionados e apresentação da revisão (SOARES et al., 2014).

A pergunta de pesquisa foi construída baseada na estratégia PICO (População; Intervenção; Comparação; *Outcomes*), sendo P – gestantes; I – uso da aromaterapia, C – sem uso de aromaterapia; e O – contraindicações e efeitos terapêuticos (COELHO et al., 2021).

Assim, a questão norteadora do estudo se deu através do seguinte questionamento: quais as informações na literatura sobre o uso da laserterapia voltada ao aleitamento materno?

A procura dos estudos primários foi realizada durante o mês de maio e junho de 2023 nas seguintes bases de dados: *Scopus e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS); MEDLINE via portal *PubMed da US National Library of Medicine*; *Web of Science* (WoS); *Scientific Electronic library online* (SCIELO) via portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com a seguinte combinação de descritores oficiais DESC/MESH Terapia a Laser e Aleitamento Materno, empregando o operador booleano AND para realizar a combinação dos descritores, gerando 29 resultados.

Os critérios de inclusão foram trabalhos completos em qualquer idioma, publicados nos últimos cinco anos. Após isso, eles foram separados e excluídos segundo os critérios do guia PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (COELHO et al., 2021). Cabe ressaltar que foram excluídos os trabalhos cujo tema não versou sobre o objeto proposto, bem como produções decorrentes de revisões, artigos de reflexão, editoriais, trabalhos acadêmicos como monografias, teses e dissertações e trabalhos duplicados ou repetidos, totalizando 04 artigos elegíveis.

Os dados foram analisados conforme o conteúdo e tabulados conforme as seguintes variáveis: título, autor principal, ano, país do estudo, objetivo, delineamento metodológico, principais desfechos e conclusão. Os dados foram extraídos, agrupados e compilados em um quadro sinóptico para melhor visualização das informações relevantes. Cabe ressaltar que o estudo não necessitou de tramitação ética, pois consiste na avaliação de estudos primários.

RESULTADOS

O Quadro 1 mostra uma visão geral dos artigos conforme título, autor principal, ano e país da pesquisa. Os estudos foram realizados no Brasil (2), Itália (1) e China (1) nos anos de 2019 (1), 2020 (1), 2021 (1) e 2023 (1).

Quadro 1: Caracterização dos estudos sobre laserterapia. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2023 (n=04).

ARTIGO	TÍTULO	AUTOR PRINCIPAL	ANO	PAÍS
1	The effect of a single irradiation of low-level laser on nipple pain in breastfeeding women: a randomized controlled trial.	CAMARGO, B. T. S.	2019	Brasil
2	Short lingual frenum in infants, children and adolescents. Part 1: Breastfeeding and gastroesophageal reflux disease improvement after tethered oral tissues release.	HAND, P.	2020	Itália
3	A Five-step Systematic Therapy for Treating Plugged Ducts and Mastitis in	YAO, Y.	2021	China

	Breastfeeding Women: A Case-Control Study.		
4	Laser de baixa potência na cicatrização e analgesia de lesões mamilares: ensaio clínico	CURAN, F. M. S.	2023 Brasil

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023.

No quadro 2 é possível observar a distribuição de todas as pesquisas conforme, objetivo, delineamento metodológico, principais desfechos, procedimentos e conclusão.

Quadro 2: Descrição qualitativa dos estudos elegíveis. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2023 (n=04).

ARTIGO	OBJETIVO	DELINAMENTO METODOLÓGICO	PRINCIPAIS DESFECHOS	PROCEDIMENTOS	CONCLUSÃO
01	Avaliar o efeito de uma única aplicação de PBM-LLLT para mulheres que amamentam com dor e danos nos mamilos;	Ensaio clínico randomizado (ECR) com dois grupos foi conduzido em uma maternidade filantrópica do Sistema Único de Saúde em São Paulo.	Uma única irradiação de laser de baixa potência com 20s de irradiação não forneceu evidência de alívio da dor imediatamente. A irradiação repetida pode ser mais eficaz.	Única irradiação por 20 segundos de duração, em modo de contato, perpendicular à superfície do mamilo, no centro da maior lesão em cada mamilo. Utilizou-se laser vermelho, semicondutor InGaAlP (660 nm) com potência fixa de 100 mW, modo contínuo, irradiação (densidade de potência) de 3,3 W/cm ² e tamanho do ponto de 0,03 cm ² . A energia liberada foi de 2 J e a densidade de energia foi calculada como 66,6 J/cm ² .	O regime de tratamento a laser não foi eficaz na redução do grau de dor em mulheres que amamentavam com danos nos mamilos em comparação com o grupo controle. Uma sensação de formigamento pode ser experimentada por mulheres que recebem tratamento para mamilos danificados.
02	Determinar o impacto da liberação cirúrgica do frênulo labial e lingual na amamentação e na doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)	Estudo de coorte prospectivo com 132 lactentes utilizando a Escala Visual Analógica (EVA) para a intensidade da dor nos mamilos, na Forma Curta da Escala de Autoeficácia em Amamentação (BSES-SF) e no Questionário de Refluxo Gastroesofágico Infantil Revisado (I- GERQ-R).	Bebês que precisam de liberações de língua e lábio podem abrir mais a boca imediatamente após a liberação labial, o que permite uma pega mais profunda, envolvendo não apenas o mamilo, mas	Procedimentos cirúrgicos com laser de onda 980 nm a 1470 nm.	A liberação cirúrgica a laser (frenotomia) da língua presa e labial resultou em melhora significativa nos resultados da amamentação.

			também a aréola. A redução da dor no mamilo melhorou nos controles de uma semana e um mês.	
03	Descrever a resposta clínica à terapia sistemática de cinco etapas (FSST) no tratamento de ductos obstruídos e mastite.	Estudo retrospectivo incluiu 922 mulheres amamentando, 714 com ductos obstruídos e 208 com mastite que receberam FSST.	Dor e inchaço, melhoraram significativamente após o recebimento do FSST. O laser estimula o efeito biológico da anti-inflamação e de tumescência no local irradiado.	Mulheres lactantes com ductos obstruídos e mulheres com mastite aguda foram tratadas com FSST, sendo oferecida a Terapia sistemática de cinco etapas, entre eles a laserterapia. O procedimento de terapia a laser é de 1200 miliwatts de potência por 10 minutos, área de irradiação de 8800 mm ² , e distância de irradiação de 10 e 15 cm. É composta do comprimento de onda múltiplo (650/810 mm).
04	Analizar a eficácia do laser de baixa potência, modalidade local e sistêmico, para cicatrização e redução da dor ocasionadas por lesões mamilares	Ensaio clínico, randomizado e controlado realizado com 54 lactantes atendidas em um Banco de Leite Humano. Foram divididas em Grupos de Controle (GC), Grupo Laser Local (GLL), o Grupo Irradiation Laser Intravascular of Blood (GILIB).	Redução da dor nas mulheres do GLL de 3,9 pontos, e nas mulheres do GILIB 4,0 pontos em comparação com o GC.	As pacientes do GLL receberam laserterapia local, ao redor da aréola e mama, por três dias consecutivos, com intervalo de 24 horas. Já as pacientes do GILIB, receberam o ILIB, por 30 minutos, em três dias consecutivos, com intervalo de 24 horas.

DISCUSSÃO

O ensaio clínico randomizado da pesquisa 01, objetivou avaliar o efeito de uma única aplicação de PBM-LLLT em mulheres que amamentam e sofrem de lesões mamilares, assim como seus possíveis efeitos colaterais. Antes do início dos testes, as mulheres relataram que seus níveis de dor no grupo laser tinham a média de 7,4, enquanto que no grupo controle, a média foi de 7,1. Após a aplicação da laserterapia, as dores

diminuíram no grupo laser rapidamente (0 h), e para o grupo controle, a diminuição da dor foi gradual dentro do tempo de 0 à 6 horas após a irradiação (CAMARGO et al. 2019).

Apesar disso, os níveis de dor em ambos os grupos foram em média 7 pontos, em uma escala que varia de 0 a 10, em que 0 significa nenhuma dor e 10 representa uma dor quase insuportável, permanecendo em uma média parecida desde o início até o final do tratamento, significando que a irradiação ofertada com mais sessões pode ser mais eficaz e promover um maior alívio da dor do que uma única irradiação que foi testada. Além disso, sensação de formigamento e picadas também foram relatadas pelas mulheres, contudo, pode ser uma sensação cutânea comum devido à própria irradiação, não necessariamente um efeito colateral (CAMARGO et al. 2019).

Em contraponto, autores apontaram apenas uma aplicação como ação resolutiva da dor e cicatrização de trauma mamilar, quando associada às orientações em saúde, apontando como caso de sucesso neste tipo de tratamento (RUSSO; SERAFIM, 2022). Além disso, em estudo de revisão, Soares e colaboradores (2021) apontam o uso do laser de baixa potência como método preventivo e terapêutico de fissuras na região mamilar, considerando as vantagens desse recurso na manutenção da amamentação. Razões citadas na literatura apontam a dor como elemento a ser considerado no desmame precoce por trazer além do desconforto físico, o impacto psicológico sobre o ato de amamentar (QUEIROZ et al., 2021; SENGHORE et al., 2018; CASCONE et al., 2019).

Nessa revisão, a laserterapia como prevenção não é citada em nenhum estudo, apenas como recurso terapêutico. Com efeito, a utilização de tecnologias em saúde voltadas à analgesia podem favorecer sobremaneira as práticas de saúde relacionadas ao manejo do aleitamento materno, precisando de um olhar mais atencioso dos serviços de saúde para a inclusão desse dispositivo nos diversos níveis de atenção.

O artigo 02 trata-se de um estudo realizado com 132 lactentes, ambos de sexo masculino e feminino submetidos à frenotomia. A frenotomia traz vários desafios em relação a amamentação, pois entre as queixas maternas relatadas, as principais seriam a dificuldade em conseguir uma boa pega, seguido de refluxo pelo ar que entra durante a amamentação, a pega dolorosa do bebê no peito, a drenagem pobre e incompleta da mama, e casos de mastite, mamilos infectados e fissurados que pode culminar no desmame precoce (HAND, et al. 2020).

Ainda, neste estudo, utilizou-se o laser de diodo de onda 980nm e o laser de diodo de onda 1470nm, e a criança era estimulada com o oferecimento imediato do seio pela mãe. Após uma semana e um mês do tratamento, observou-se que vários benefícios foram alcançados para a amamentação. A qualidade da pega foi melhorada significativamente, visto que houve liberação da língua e lábio do bebê, conferindo uma abertura maior da boca. O tratamento se mostrou eficaz para a dor mamar, proporcionando o alívio do sofrimento também para a mãe (HAND, *et al.* 2020).

Em relação ao estudo 03, objetivou-se apresentar a resposta clínica à terapia sistemática de cinco etapas (FSST), que inclui a laserterapia para o tratamento dos sintomas de ductos obstruídos e mastite aguda, sendo estes problemas fatores que impedem a amamentação de qualidade, por ser um processo doloroso e incômodo para a mãe, levando ao desmame. A laserterapia era feita com a mulher sentada, sendo necessário que a mama fosse exposta para que o laser irradiasse por toda a sua extensão, em uma duração de 10 minutos, com atenção para cobrir apenas a areola e mamilo durante o procedimento (YAO, *et al.* 2021).

As respostas da laserterapia mostraram-se positivas, com efeitos benéficos de redução sobre a dor e edema, conforme mostra o escore da escala numérica, em que 0 pontos indicava ausência de dor; 1 e 3 pontos representava dor leve, 4 e 6 pontos para dor moderada e 7 e 10 pontos para dor intensa. Antes de iniciar o tratamento, no pré-FSST do PDG (grupo de dutos entupidos) o escore médio de dor foi de $3,22 \pm 1,23$, com máximo de 7 e mínimo de 0. No MG (grupo mastite), antes do procedimento, o escore médio de dor foi de $5,73 \pm 0,72$, com máximo de 7 e mínimo de 4. Após o tratamento, no PDG, o escore médio de alívio da dor foi de $1,63 \pm 0,68$, com uma pontuação máxima de alívio da dor de 4. No MG, o escore médio de alívio da dor foi de $1,91 \pm 0,70$, e o escore máximo de alívio da dor foi 3 (YAO, *et al.* 2021).

No que se refere ao edema, o resultado pré-FSST no PDG foi de $3,48 \pm 1,07$, obtendo o máximo de 6 e mínimo de 1. Em relação ao MG, a média de grau do inchaço foi de $5,15 \pm 0,59$, com máximo de 6 e mínimo de 4. Os escores pós tratamento do PDG para a redução do inchaço foi de $1,65 \pm 0,64$, com máximo de 3 e mínimo de 0. No MG, o grau médio de desaparecimento do edema foi de $1,48 \pm 0,56$, com máximo de 3 e mínimo de 0. Estes resultados demonstram como a laserterapia é um tratamento com respostas

importantes anti-inflamatórias, que agem proporcionando alívio das queixas das pacientes e contribuindo para que a amamentação ocorra de forma mais tranquila (YAO, *et al.* 2021).

A laserterapia de baixa potência tem sido descrita na literatura como uma ferramenta de ação analgésica, anti-inflamatória e cicatrizante em lesões com efeito biomodulador e que não traz danos teciduais, confluindo para a reabilitação. O fator biomodulador é a capacidade de mobilizar, através da luz, os elétrons das moléculas, ou seja, a ação em nível físico faz a célula aumentar o metabolismo para maior funcionalidade. O laser possui o comprimento de onda vermelho e infravermelho e quanto menor a energia direcionada ao tecido, maior será a absorção celular (GOMES; SCHAPOCHNIK, 2021).

O ensaio clínico, randomizado e controlado realizado com 54 lactantes do artigo 04, teve como objetivo a análise da eficácia do laser de baixa potência, utilizado para a cicatrização e dor gerada pelas lesões mamilares. A má pega do bebê é a principal causa das lesões mamilares, e as dores decorrentes das lesões podem ocasionar grande sofrimento para a mãe e interferir no processo de amamentação. Assim, o laser de baixa potência (LBP) ou Irradiation Laser Intravascular of Blood (ILIB), conhecido como laserterapia sistêmica, foram escolhidos pelos pesquisadores a fim de trazer respostas frente a essa necessidade das lactantes (CURAN *et al.* 2023).

As pacientes foram divididas em GC (Grupo Controlado), GLL (Grupo Laser Local) e GILIB (Grupo Irradiation Laser Intravascular of Blood). O GC recebeu apenas orientações acerca da amamentação, o GLL recebeu laserterapia local, onde a área é no centro da lesão, ao redor da areola e mama, por três dias, realizando intervalos a cada 24 horas. O GILIB recebeu o ILIB, em um tempo de 30 minutos, por três dias consecutivos, com intervalo de 24 horas (CURAN *et al.* 2023).

As análises revelaram que as lesões mamilares reduziram de tamanho nos três grupos, porém, em relação ao GC, a porcentagem foi maior no GLL e GILIB. A dor referida pelas pacientes dos três grupos antes do procedimento foi de 7.4 pontos antes de amamentar, 5.3 pontos durante a amamentação e 2.3 pontos após a amamentação. Após a laserterapia, as análises mostraram que a pontuação do nível de dor foi reduzida. O GLL teve uma redução média na dor de 3.9 pontos, enquanto que as mulheres do GILIB, 4.0

pontos, quando comparado com o GC. Os grupos não apresentaram dor durante e após a amamentação (CURAN *et al.* 2023).

Assim, foi comprovado que a terapêutica com o laser de baixa potência, independente de ser aplicado diretamente sobre a lesão ou por ILIB, não existiu diferença nos efeitos entre a aplicação local e sistêmica. Ambos trazem respostas de significativa melhora da cicatrização e a redução da dor relatada, quando relacionada ao resultado do GC, tornando-se assim, uma opção para o tratamento (CURAN *et al.* 2023).

Cabe mencionar que a laserterapia ainda não é ofertada de forma ampliada nos serviços públicos de saúde e várias sessões pode se tornar oneroso. Sobre isso, pesquisa utilizando várias modalidades de laserterapia comprovou que a terapia sistêmica pode ser mais efetiva em alguns casos de cicatrização de lesões, entretanto apresenta maior custo ($p<0,05$) (NOGUEIRA *et al.*, 2021).

CONCLUSÃO

Este estudo trouxe uma coletânea de informações sobre o uso do laser em diversas aplicabilidades voltadas ao aleitamento materno, podendo ser utilizado em dor ao amamentar, traumas mamilares, ducto obstruído, mastite e redução do edema mamário. Embora um estudo tenha citado o laser em procedimento cirúrgico, com alta potência, este foi indicado como ótimo recurso para favorecimento do cuidado frente à frenectomia, auxiliando indiretamente a amamentação, devido à resposta relacionada à boa pega e abertura oral mais ampla.

Sobre os procedimentos, a radiação única com energia 2J vermelho (20 segundos), não se mostrou eficaz, quando realizado perpendicular e em contato com a lesão. Entretanto, a terapêutica local de contato em torno da areola e mama, com duração de três dias consecutivos, no intervalo de 24h ou então terapêutica sistêmica por 30 minutos, com igual intervalo, tem se mostrado com passos promissores à redução da dor e cicatrização da lesão mamilar. O formigamento e a sensação de picada parecem ser efeitos adversos esperados.

A limitação desse estudo se encontra na quantidade escassa de estudos primários indexados na base de dados pesquisada, tornando a seleção inferior ao esperado. Dessa

forma, sugere-se à comunidade científica a aproximação com esta temática, a fim de aumentar as produções, principalmente de estudos experimentais. Embora a busca tenha sido pequena, o objetivo do estudo foi alcançado, no sentido de prover informações confiáveis sobre a temática.

Incentivos voltados às novas pesquisas são essenciais, principalmente no que tange às normas de biossegurança no manuseio do laser, bem como a descrição mais detalhada das técnicas terapêuticas, para melhor reproduzibilidade nas práticas de saúde voltadas a esse contexto.

REFERÊNCIAS

- CAMARGO, B. T. S et al. The effect of a single irradiation of low-level laser on nipple pain in breastfeeding women: a randomized controlled trial. *Lasers in Medical Science*, Brasil, v. 35, n. 1, p. 63-69, abr/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10103-019-02786-5>. Acesso em: 15.mai.2023.
- CASCONI, D. et al. Evaluation of knowledge, attitudes, and practices about exclusive breastfeeding among women in Italy. *Int J Environ Res Public Health*, v. 16, n. 12. Ju/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16122118>.
- CURAN et al. Laser de baixa potência na cicatrização e analgesia de lesões mamilares: ensaio clínico. *Enferm Foco*, Brasil, v. 14, e-202309. mar/2023. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2023.v14.e-202309>. Acesso em: 20.mai.2023.
- GOMES, C. F.; SCHAPOCHNIK, A. O uso terapêutico do LASER de Baixa Intensidade (LBI) em algumas patologias e sua relação com a atuação na Fonoaudiologia. *Distúrbios da Comunicação*, v. 29, n. 3, p. 570–578, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2017v29i3p570-578>.
- HAND, P. et al. Short lingual frenum in infants, children and adolescents. Part 1: Breastfeeding and gastroesophageal reflux disease improvement after tethered oral tissues release. *European Journal of Paediatric Dentistry*, Itália, v. 21, n. 4, p. 309-317, abr./2020. Disponível em: <https://doi.org/10.23804/ejpd.2020.21.04.10>. Acesso em: 22 mai. 2023.
- NOGUEIRA, D. N. G et al. Low- level laser: cost of therapy for nipple trauma. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, v. 21, n. 1. p. 151-159. Jan-Mar 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000100008>.
- RUSSO, N. C., SERAFIM, C. T. R. O uso da laserterapia de baixa intensidade em traumas mamilares: um relato de experiência/The use of low-laser intensity therapy in nipples traumas: an experience report. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n.1, p. 1226–1233. Jan/2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n1-078>.
- SENGHORE, T. et al. Predictors of exclusive breastfeeding knowledge and intention to or practice of exclusive breastfeeding among antenatal and postnatal women receiving

routine care: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J.* v. 13. n. 9. Mar/2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0154-0>.

SILVA, N. R. *et al.* Aplicabilidade da laserterapia como método não farmacológico no tratamento de fissuras mamilares em lactantes. *Revista Contemporânea*, v. 3, n. 1. mar/2023. Disponível em: <https://doi.org/10.56083/RCV3N3-059>.

SOARES, B. K. P. *et al.* Application of laser therapy in the treatment of nipple traumas: a literature review. *Online Brazilian Journal of Nursing*. Mai/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20216508>.

SOARES C. B. *et al.* Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342014000200335&lng=en&tlang=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 nov. 2021.

QUEIROZ, V. C. *et al.* Knowledge, attitudes and practices about breastfeeding among postpartum women in. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. v. 11. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v11i0.4162>.

YAO, Y. *et al.* A Five-step Systematic Therapy for Treating Plugged Ducts and Mastitis in Breastfeeding Women: A Case-Control Study. *Asian Nursing Research, China*, v. 13, n. 3, p. 198-202, mai./2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2021.04.001>. Acesso em: 25.mai.2023.

CAPÍTULO VI

O PAPEL DA ENFERMAGEM FRENTE A DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Viviane Cordeiro de Queiroz

Smalyanna Sgren da Costa Andrade

Dayana Sampaio de Almeida

Mirian Alves da Silva

Simone Helena dos Santos Oliveira

DOI-Individual: 10.47538/AC-2023.02-06

A gestação é um período em que a mulher se sente muito vulnerável, um momento no qual precisa ter cuidados especiais e direito a promoção à saúde, acessibilidade, autonomia, protagonismo do seu cuidado, atenção integral, relações dialógicas entre ela e os profissionais; ambiente e profissionais humanizados e com postura ética (ZAMPIERI; ERDMANN, 2019). Algumas mulheres grávidas desenvolvem Diabetes Mellitus Gestacional durante esse período, e se não forem tratadas adequadamente, isso por afetar tanto a mãe quanto ao bebê. O primeiro contanto para o diagnóstico e tratamento acontece já no pré-natal (SILVA *et al.*, 2018).

O cuidado pré-natal direciona-se como papel prioritário para a concretização de uma gestação saudável e um parto seguro e tem se tornado fundamental na qualidade da assistência do profissional enfermeiro à gestante, principalmente, por se estruturar dentro de um conjunto de ações que visam um atendimento global da saúde materno-fetal (ZAMPIERI; ERDMANN, 2019). Um dos caminhos para a excelência da qualidade da assistência de enfermagem à saúde da gestante e de seu filho é o cuidado centrado nela, um cuidado respeitoso e responsável às preferências, que busca as necessidades de saúde e os valores individuais, assegurando que estes aspectos orientem as decisões clínicas (GOMES, 2019).

PRÉ-NATAL E GESTAÇÃO

Durante o pré-natal a gestante precisa sentir-se acolhida, respeitada, inclusive espera-se que se faça o direito dela de ser acompanhada, pois além de um direito é um

bem para a mulher e o seu parceiro (KOETTKER; BRUGGEMANN; DUFLOTH, 2018). Sendo assim, é papel do profissional enfermeiro assistir o pré-natal, assim como organizar espaços de diálogo e escuta das gestantes e seus acompanhantes (BARRETO *et al.*, 2017). Nesse sentido, outro meio de melhoria da assistência pré-natal ocorre por meio da educação em saúde, onde são oportunizados momentos de aprendizagem com as gestantes e seus parceiros e o desenvolvimento da autonomia para que se sintam capazes de tomar decisões, evitando que a falta de conhecimento gere sensações de limitação e submissão (LANDERDAHL *et al.*, 2020).

A valorização da paciente e seu enredo cultural, do conhecimento prévio sobre determinados assuntos, assim como a oferta de um ambiente otimista para a promoção de educação em saúde são itens imprescindíveis para a elaboração de um plano terapêutico eficaz pelo profissional enfermeiro. Estes valores devem compor as pautas em que o enfermeiro elabora sua linha de cuidados e fomenta ações de promoção à saúde (BARRETO *et al.*, 2017).

Nesse contexto, o enfermeiro tem a possibilidade e o dever de utilizar uma proposta pedagógica quando lida com mulheres grávidas, levando em conta a singularidade da gestação, da DMG e sua terapêutica. Ele deve ir além das ações programáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde, incluindo no processo a prática ensinar/aprender, visando a construção do sujeito autônomo na rede de cuidado que o envolve (GOMES, 2019).

O PAPEL DA ENFERMAGEM FRENTE A DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

O trabalho dos profissionais de enfermagem envolvidos no cuidado centrado na gestante deve tornar a assistência personalizada a fim de proporcionar um atendimento de qualidade com resolubilidade (KOETTKER; BRUGGEMANN; DUFLOTH, 2018). Desta forma, é importante se valer da ética, como um princípio fundamental para as ações dos profissionais que lidam com a gestante (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010; SILVA *et al.*, 2019), sendo suas posturas pautadas em valores fundamentais, baseadas no diálogo, na atenção e na efetivação de ações que se destacam além do processo de humanização,

considerando a gestante como um ser humano pleno de direitos (NEUMANN *et al.*, 2020).

Os profissionais de enfermagem têm um papel importante na triagem e manejo da DMG em termos de aconselhamento das mulheres sobre modificações no estilo de vida (exercício, dieta e nutrição), realização do controle glicêmico e na tomada de medicamentos para diabetes, se necessário, e adesão a eles (SHIMOE *et al.*, 2021). Como a moderação do estilo de vida é a primeira linha de tratamento, o tratamento farmacológico deve ser fornecido quando a moderação do estilo de vida for inadequada para manter as metas de glicose no sangue dentro de níveis aceitáveis (OPAS; MS; FEBRASGO, 2019). As gestantes diagnosticadas ou não com DMG desempenham, portanto, um papel importante na prevenção e/ou manejo da doença, aderindo as modificações no estilo de vida e fazendo o automonitoramento da glicemia e se necessário tomando sua medicação (OLIVEIRA, 2022).

O risco de desenvolver diabetes futuro, os efeitos adversos da gravidez e as modificações no estilo de vida, são gerenciados quando há suporte adequado (MUNIZ, 2022). A falta de apoio as torna indefesas (LOPES, 2019) e é percebido como um fator de risco pré-natal e tem efeitos adversos na gestação (LIMA, 2021).

Existem alguns obstáculos que impedem as grávidas de praticar essas intervenções de estilo de vida. Durante a gestação, a mulher vivencia dificuldade em realizar atividade física e comer alimentos bem equilibrados nutritivamente, devido a náuseas, cansaço, dispneia (falta de ar), azia (devido ao refluxo gástrico), cãibras nas pernas, dor corporal, tempo inadequado, escassez de recursos financeiros, insalubridade da moradia e local onde vive, etc (LIMA, 2021).

O papel do enfermeiro no manejo da DMG engloba também a gestão do autocuidado, educação, treinamento e apoio social. Todas essas intervenções podem ser implementadas pelos enfermeiros e estão conectadas, ou seja, é impossível discutir uma sem se referir aos demais. Os enfermeiros devem fornecer as gestantes cuidados autênticos, adequados e informações atualizadas de maneira culturalmente aplicável (MUNIZ, 2022).

CONCLUSÃO

A educação das gestantes é a chave para alcançar as intervenções no manejo da DMG no pré-natal. As gestantes são capazes de implementar a gestão do autocuidado (alimentação, exercício e automonitorização) através da informação que recebem nos centros de pré-natal, através de folhetos, aplicativos de gravidez, sessões de aconselhamento, por exemplo (LOPES, 2019).

Para ultrapassar estas barreiras, é necessário implementar um apoio social que envolva os familiares, enfermeiros e outros profissionais de saúde. Mulheres sem apoio social estão expostas ao estresse e diminuição do autocuidado. A DMG pode ser prevenida e/ou gerenciada de forma eficaz e uma futura Diabetes Tipo 2 ser evitada ou mesmo adiada se a gestão do autocuidado for adotada e o conhecimento geral sobre DMG disseminado.

REFERÊNCIAS

- BARRETO, C. N. Atenção pré-natal na voz de gestantes. *Revista de Enfermagem, UFPE on line*, Recife, v. 7, n. 5, p. 4354-463, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11674/0>. Acesso em: 10 nov. 2022.
- GOMES, L. A.; BRITO, D.S. Desafios na implantação da sistematização da assistência de enfermagem: uma revisão de literatura. *Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI*. v.5, n.3, p.64-70, 2019. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v5n3/rev/rev5_v5n3.pdf. Acesso em: 02 nov. 2022.
- KOETTKER, J.G.; BRUGGEMANN, O.M.; DUFLOTH, R.M. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. *Revista Escola Enfermagem - USP*, v.47, n.1, p.15-21, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100002. Acesso em: 20 nov. 2022.
- LANDERDAHL, M.C. *et al.* A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. *Esc Anna Nery*, v. 11, n. 1, p. 105-11, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a15.pdf>. Acesso em: 06 out. 2022.
- LIMA, A. S.; DE PAULA, E.; RIBEIRO, W. A. Atribuições do enfermeiro na prevenção do diabetes gestacional na atenção primária à saúde. *RECISATEC Revista Científica Saúde e Tecnologia*, v. 1, n. 2, p. e1219-e1219, 2021.
- LOPES, D. G.; *et al.* Desafios do enfermeiro frente à Diabetes Mellitus Gestacional na atenção primária do SUS. *Ciência & Inovação*, v. 4, n. 1, 2019.
- MUNIZ, E. A.; *et al.* Guia de Enfermagem Escolar para promoção da saúde de jovens estudantes: construção e validação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, 2022.

NEUMANN, N. A.; *et al.* Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.6, n.4, p.307-318, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2003000400005&lng=en&nrm=iso&tlang=pt. Acesso em: 04 dez. 2022.

OLIVEIRA, R. D. G.; *et al.* As competências do enfermeiro diante dos problemas gerados a saúde da mulher e da criança pela diabetes gestacional. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 5, p. e48311528443-e48311528443, 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Rastreamento e Diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional no Brasil. *Femina* 2019;47(11):786-96. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/FEMINAZ11ZV3.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2022.

QUEIROZ, V.C.; ANDRADE, S.S.C. A atuação da enfermagem obstétrica frente ao cuidado com a mulher acometida por diabetes mellitus gestacional. *Perspectivas científicas em saúde da mulher e no contexto materno-infantil* (livro eletrônico). (Orgs). 1 ed. Natal, RN: Amplamente Cursos e Formação Continuada, 2021.

QUEIROZ, V.C.; *et al.* Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre Aleitamento Materno entre Puérperas em Alojamento Conjunto. *Rev Enf Centro Oeste Mineiro*. 2021;11:e4162. doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v11i0.4162>.

QUEIROZ, V. C.; *et al.* Evidências científicas relacionadas aos conhecimentos, atitudes e prática de gestantes sobre o controle glicêmico. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, v. 27, n. 4, p. 1569-1591, 2023. doi: <https://doi.org/10.25110/arksaude.v27i4.2023-002>.

SHIMOE, C. B.; *et al.* Assistência de enfermagem a paciente com diabetes mellitus gestacional: uma revisão de literatura. *Global Academic Nursing Journal*, v. 2, n. Sup. 4, p. e208-e208, 2021.

SILVA, R. M.; *et al.* Cartografia do cuidado na saúde da gestante. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n.3, p.635-642, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232012000300009&script=sci_abstract&tlang=pt. Acesso em: 07 dez. 2022.

ZAMPIERI, M. F. M.; ERDMANN, A. L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*, v.10, n.3, p.359-367, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000300009. Acesso em: 13 dez. 2022.

CAPÍTULO VII

A ENFERMAGEM DIANTE DA IDENTIFICAÇÃO DOS POSSÍVEIS TRANSTORNOS MENTAIS NA MULHER PUÉRPERA

Robson Alves da Silva

DOI-Individual: 10.47538/AC-2023.02-07

As doenças mentais são condições de saúde onde as mudanças na emoção, no comportamento ou pensamento estão envolvidas e associadas a períodos conflituosos em que a angústia, problemas de funcionamento em atividades sociais, de trabalho ou família estão vinculadas as mudanças patológicas do corpo (REZENDE, 2014). As mulheres podem apresentar um leque de problemas mentais na gravidez e puerpério, a depressão, a psicose, ansiedade, fobia, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de pânico estão vinculados a essa gama de problemas em que se precisa de uma assistência com o vínculo terapêutico adequado, destacando assim, todo o olhar fundamental dos profissionais da saúde para esse momento crítico e importante de considerar em uma conduta seja no período gravídico quanto no puerperal (CARVALHO et al., 2019).

No período puerperal encontra-se uma facilidade maior de desenvolvimento de transtornos mentais, onde a vulnerabilidade é um destaque para o surgimento dessas perturbações emocionais, nesse período ocorre manifestações de desequilíbrio onde o fator catalizador de incidências altera o comportamento psíquico, social e familiar gerando os transtornos que se relacionam com o puerpério afetando o relacionamento binômio mãe-filho, somando um agravo a saúde pública deixando mais evidente a importância da identificação dos possíveis sinais e sintomas pelos enfermeiros fixando em evidencia a seriedade da assistência à saúde da mulher puérpera (GOMES; DOS SANTOS, 2017).

Apesar dos cuidados prestados à gestante e suas atualizações nas distorções e problemas relacionados a saúde da mulher do período gravídico ao puerpério, os transtornos mentais estão entre os problemas que mais estão em evidência no período gestacional, gerando uma elevada preocupação na abordagem desses transtornos (ZUGAIB, 2012). Percebe-se que a enfermagem que por sua vez, demonstra ainda uma fragilidade tanto na identificação quanto na atuação diante desses transtornos mentais no

período gravídico-puerpério, acarretando assim um desafio para a enfermagem à execução da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e seu Processo de Enfermagem (PE) na execução das terapias e condutas relacionas a saúde mental nesse período. Assim, apresentado a importância da saúde mental para a mulher grávida e as condutas de enfermagem adequadas, levanta-se ao questionamento: Qual relevância do conhecimento da enfermagem para identificar os possíveis transtornos mentais que podem surgir no período gravídico-puerperal?

Ainda assim, o presente estudo busca uma melhor perspectiva dos enfermeiros na identificação e atribuição dentro das condutas necessárias para a identificação dos possíveis sinais e sintomas de transtornos mentais na mulher no período puerperal. Espera-se que esse estudo seja um subsídio de base científica para os futuros profissionais da enfermagem e sirva como uma ferramenta de condutas necessárias para uma investigação e cuidados essenciais para as mulheres com esse sofrimento.

Considerando que a assistência voltada a saúde mental da mulher seja uma prioridade para a enfermagem dentro de uma sistematização onde é importante priorizar a prevenção dos possíveis agravos à saúde e segurança da puérpera e o bebê, o presente estudo teve como objetivo apresentar a relevância do conhecimento dos profissionais da enfermagem na identificação dos transtornos mentais mais comuns no período gravídico e puerperal. E como objetivos específicos estimular a pesquisa na área da enfermagem, traçar uma representação dos sinais e sintomas relacionados a cada tipo de transtorno que possa ocorrer no período gravídico-puerperal, assim como apresentar as principais formas de diagnóstico dos transtornos.

O estudo apresentado é de grande importância para compreensão de ações vinculadas às condutas terapêuticas e futuras intervenções relacionadas a uma configuração adequada que se enquadre na sistematização da assistência de enfermagem para a assistência à saúde mental da gestante e puérpera. Espera-se com esse estudo que ele sirva de ferramenta teórico-científica e que por ele ocorra um vínculo entre profissional enfermeiro e a literatura, de modo que, ocorram a adequação entre a conduta terapêutica e o uso adequado dessa ferramenta onde seja possível a identificação dos sinais e sintomas dos transtornos, relacionando-os com o período gravídico e puerperal da mulher no contexto da saúde mental.

Para este estudo foi realizado uma revisão de literatura sobre a enfermagem diante dos aspectos dos transtornos mentais comuns no puerpério. As bases para o levantamento de dados relevantes ao tema, utilizadas como materiais bibliográficos encontrados foram o *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN), Rev enferm UFPE on line, Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health, Revista Eletrônica Acervo Científico, Revista de Literatura Journals Bahiana, Revista Eletrônica Trimestral de Enfermagem, Revista Portal dos Psicólogos, revista online de pesquisa: cuidado é fundamental, Brazilian Journal of health Review, também foram utilizadas algumas outras bases de dados que incluíram informações importantes para o desenvolvimento do estudo com relevância ao tema, como livros, cartilhas e manuais do Ministério da Saúde.

DESENVOLVIMENTO

A mulher no período gravídico sofre com mudanças significativas fisiológicas, psicológicas e anatômicas incluindo as mudanças sociais, nesse ciclo que liga o gravídico e o puerperal são exigidas grandes transformações na trajetória da vida. Essas transformações afetam homens, mulheres e todos aqueles que se encontram envolvidos. Essas mudanças trazem, dentro do período gestacional, parto e puerpério, uma acentuada vulnerabilidade, trazendo como evidência a necessidade de um ajuste no novo cenário da vida de uma mãe, ficando frágil e suscetível as dificuldades diante dos conflitos interno e externos que possibilitam a instabilidade direta na saúde mental da mulher (CARVALHO et al., 2019.).

A gestação, muitas vezes, torna a mulher mais vulnerável, por sua vez, no desenvolvimento de perturbações emocionais, por ser assim um fator gerador de ansiedades, esse período traz incidência de alterações psíquicas e de transtornos do humor, dando destaque a depressão. O período gravídico-puerperal traz a necessidade de uma atenção especial ao prejuízo da saúde mental da gestante e busca na prevenção de desenvolvimentos negativos futuros da criança, isso poderá afetar a relação do binômio mãe-feto (ZUGAIB, 2012).

A mulher, no período puerperal passa por mudanças bruscas nos níveis hormonais, ocasionando assim, tanto alterações psicológicas, sociais quanto biológicas, a essa fase,



muitas as vezes a puérpera precisa entender o funcionamento e o processo de mudanças existenciais no seu corpo em todo esse período e buscar adaptação e uma organização frequente na sua vida. Nesse período predispõe uma maior vulnerabilidade e a mulher sofre constantes privação do sono e baixa autoestima, assim favorecendo para o aparecimento de diversos transtornos psíquicos que acarretariam mais sofrimento mental (ASSEF et al., 2021).

Os transtornos psíquicos puerperal ainda são poucos estudados, ocorrendo com início no primeiro ano após o parto manifestando-se por desequilíbrios do humor psicóticos e não psicóticos, nesse contexto as puérperas manifestam sentimentos de incapacidade para exercer seu papel materno, esses transtornos trazem sentimento de culpa e desenvolve inúmeras variações de humor principalmente quando são diagnosticados e não tratados. (FROTA et al., 2020).

A importância de examinar uma puérpera, traz inicialmente a verificação da situação clínica, uma breve avaliação do estado emocional e psíquico, trazendo como justificativa os riscos dos transtornos psiquiátricos puerperais, trazendo repercussões negativas tanto para mãe e família quanto para o filho, incluindo o risco dos impactos desfavoráveis no desenvolvimento da criança na sua infância e vindo a afetar sua vida adulta, a partir do momento em que essa fase torna suscetível a várias mudanças (GOMES; DOS SANTOS, 2017).

Esses transtornos puerperais acarretam grande sofrimento à mãe, familiares e brevemente ao filho, os mais comuns nesse período são a Depressão pós-parto (DPP), Disforia Pós-natal (Tristeza puerperal), e a psicose puerperal, apesar de que está em evidência os transtornos ansiosos dentro do ciclo gravídico-puerperal. A relação desses transtornos com a interação social da mulher, acarreta uma perturbação na convivência mãe-filho e relação com marido, isso traz riscos ao convívio para possíveis agressões e traz o desequilíbrio mental favorecendo ainda mais o problema (CARVALHO et al., 2019).

A tristeza puerperal, ou mais especificamente, *baby-blues* está entre o transtorno mental que mais prevalece durante o período puerperal, apesar de que isso ainda vem sendo reconhecido como apenas uma dificuldade que a puérpera tem na adaptação ao seu desempenho com o papel de ser mãe e não como um possível transtorno mental que se

relacione ao parto. Alguns fatores de risco aumentam a probabilidade de desenvolver esse tipo de transtorno, envolvendo a falta de suporte social, assim como também as gestações não planejadas, antecedentes psiquiátricos, eventos estressores à mulher e dificuldade de amamentar (AMORIM, 2011).

A tristeza puerperal quando é mais duradoura e intensa aumenta a probabilidade do surgimento de uma DPP, onde definida por um quadro clínico severo e agudo que requer em sua natureza um acompanhamento constante psicológico e psiquiátrico, e de um distúrbio de humor psicótico como a psicose puerperal (PP), onde por sua vez traz preocupação por apresentar grandes perturbações mentais graves (MACIEL et al., 2019).

Para Zugaib (2012); o profissional deve estar apto a reconhecer e associar os fatores para o *blues*, pois o alto risco para o desenvolvimento da DPP está presente e é importante levar em consideração esse para podermos relacionarmos os sintomas ao tratamento dessas pacientes pois, será necessário que tenha uma abordagem terapêutica conservadora. Essas intervenções têm que incluir suportes úteis como o psicossocial e o de auxílio familiar, providenciando a essa mulher um sono adequado e potencializando seu bem-estar psíquico.

Durante a gravidez a puérpera torna-se vulnerável ao desenvolvimento da DPP e ansiedade, durante esse período a gravidez traz efeitos negativos tanto de origens físicas quanto psicológicas, cada fator afeta o desenvolvimento da gestação. Com essas mudanças, a gestante passa a sentir-se pressionada a lidar com a gravidez, sem saber como agir com os familiares nem como buscar ajuda a profissionais da saúde. As evidências nos trazem o maior risco em mulheres com históricos anteriores de Depressão e DPP, assim como, o baixo nível socioeconômico, problemas em gestações anteriores e gravidez indesejada, fortalecendo ainda mais a necessidade de um olhar mais claro no período pré-natal (FROTA T.A. et al., 2020).

No período gestacional ocorrem inúmeros fatores que podem propiciar e evidenciar que a mulher pode estar sofrendo com algum distúrbio emocional, incluindo o de DPP, no segundo trimestre de gestação, os principais fatores foram a presença de sentimento de culpa das mulheres, maior intensidade de sintomas da tensão pré-menstrual, morbidades psiquiátricas, a maior quantidade de partos, abuso sexual na

infância, o apoio social quando este prejudicado e as morbidades neurotíquissimo (SHIVAKUMAR et al., 2014).

A depressão manifesta-se a partir da presença de sintomas com determinada duração, frequência e intensidade, ela é descrita minuciosamente pelos sintomas, segundo descrito no Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – DSM – IV (1995); e a Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (1993), de humor deprimido, agitação, alteração no apetite, alteração no sono, fadiga, retardo psicomotor, culpa excessiva, pensamento de morte, ideação suicida, tentativa de suicídio entre outras. Dentro da nomenclatura de títulos sobre o transtorno, doença depressiva está sobposta nos Transtornos de Humor e Transtornos Afetivos (FERREIRA; GONÇALVES; MENDES, 2014).

Conhecida como psicose pós-parto, a Psicose Puerperal (PP) normalmente apresenta comportamento desorganizado que por sua vez vem a apresentar delírio, alucinações e estado de confusão, esses delírios podem associar a mania e/ou depressão sendo eles direcionados ao risco de causar danos ao filho e a si mesma. A PP em mulheres diagnosticadas com transtorno afetivo bipolar, tende a maior prevalência de seu surgimento, ela pode ser descrita com ou sem estressor acentuado. O desejo de agredir ou matar a criança normalmente nos primeiros meses de vida sempre vem sendo menosprezado pelos profissionais e a doença mental faz com que a mulher possa pensar dessa maneira (SCALCO et al., 2013).

Alucinações, distorção da realidade, insônia e pensamentos anormais ou obsessivos sobre seus filhos, são sinais que as pacientes frequentemente exibem, assim como as confusões mentais e desorientação que as vezes intercalam com momentos de lucidez. As fantasias e as ideias agressivas são comuns contra si própria e ao recém-nascido, onde são relatadas taxas de 5% de suicídio e até 4% de homicídio entre as pacientes. Em até 70% dos casos, esse transtorno tem característica de um reajuste bipolar ou depressão maior com traços psicóticos, essa mulher tende a apresentar um quadro psicótico, sendo ele prévio a gestação, torna-se de maior risco para acometimento desse quadro, assim como as mulheres que apresentaram psicose puerperal em outras gestações (ZUGAIB, 2012).

A equipe de enfermagem frente ao transtorno mental no pós-parto, devem impor algumas medidas que incluam o cuidado voltado para o problema apresentado ao orientar e apoiar no autocuidado e na alimentação adequada, estabilizando e reconectando-a com a realidade, prestando cuidados no puerpério, fornecendo suporte ao binômio mãe-filho e criando um ambiente seguro e confortável para a mãe e o bebê. O profissional enfermeiro precisa garantir as interações terapêuticas onde fortalece o papel da mãe respeitando a condição mental e física dessa puérpera assim como, a da criança (KORTELAND, 2019).

É relevante que o enfermeiro, durante o acompanhamento com a gestante, note suas expressões de temores, queixas e perceba sinais de ansiedade que possa justificar uma profunda investigação que possa prevenir possíveis eventos que se relacionem com o psicológico dela, pois, é nesse momento em que o profissional possa identificar fatores de risco que venham a intensificar a assistência de enfermagem. Faz-se necessário o domínio do enfermeiro sobre o assunto, visto que essa profissão tem constante ligação terapêutica na atenção básica com vista na prevenção destes transtornos mentais da puérpera (SILVA et al., 2020).

A enfermagem deve compreender e atentar-se as necessidades da puérpera, sendo elas física e psicossocial, para assim, prestar uma assistência humanizada dentro de um contexto sistematizado para que o enfermeiro atue de forma eficaz em relação aos transtornos mentais no período puerperal, assim como no preventivo como nas situações em que esses transtornos já estejam instalados. A enfermagem atua com recurso metodológico e sistemático que favorece uma atuação qualificada, assim o enfermeiro utiliza do PE para a aplicabilidade da SAE. Através desse método, o enfermeiro elabora seu plano de cuidados e conhecimentos para a construção dos diagnósticos, das metas, intervenções e seus resultados. A Enfermagem deve estar atenta não somente aos aspectos físicos, mas, também psíquicos da mulher e de seus familiares, auxiliando-os na adaptação à maternidade, paternidade e aos sentimentos gerados durante esta fase de transição. Os enfermeiros devem manter seus conhecimentos relativos aos transtornos puerperais por acreditar que havendo uma melhor compreensão desses transtornos, a classe poderá trazer melhor qualidade na assistência de enfermagem (CARVALHO, 2019).

Pela falta de preparo técnico-científico muitos profissionais acabam demonstrando a falta de conhecimento teórico e a experiência dos enfermeiros em relação a esses transtornos, acabam enfatizando ainda mais o despreparo quanto a assistência de enfermagem nos casos de Transtornos Mentais no Puerpério, foi observado através da literatura que esses profissionais acarretam delegar para outros profissionais todas as ações de reabilitação dessas mulheres no que se diz respeito as suas competências (FELIX et al., 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que o puerpério sejam um período onde é considerado de risco para alterações fisiológicas e psicológicas onde passamos a tomar como um período importante para a assistência a mulher, tornam-se, esse estágio, essenciais para os cuidados de enfermagem qualificados que tenha como base um olhar de prevenção das complicações mantendo um adequado conforto emocional e físico, ampliando atitudes estratégicas de educação, buscando reduzir ainda mais esses riscos. Vale destacar que seja importante que os enfermeiros e equipe de enfermagem identifiquem as necessidades que as mulheres apresentam no período gestacional e pós-parto, observando tanto as necessidades físicas como as psicossociais, visando que muitas ainda apresentam duvidas nesse período seja as do cuidado com si mesma e o RN, aleitamento e convívio familiar seja por lidar com mudanças internas que costumas desencadear nesse período da vida, fazendo valer a busca por planejamentos de promoções da saúde que sejam indispensável para minimizar difíceis situações que surjam nessa etapa da vida.

Diante disso, considerando o cuidado na gravidez e no pós-parto como uma das medidas preventivas de complicações puerperais, é possível afirmar que nessa fase há possibilidade de riscos e agravos ao estado físico e psicológico da mãe, trazendo preocupações para o binômio mãe-feto repercutindo uma dimensão de possibilidades na instabilidade do curso da vida da mulher e assim também, uma instabilidade mental para essas mães.

A partir da análise da literatura, verificou-se que, além das significativas mudanças fisiológicas, psicológicas e anatômicas são incluídas as mudanças sociais que acompanham todo esse ciclo de transformação na vida da mulher, outros fatores como a

privação de sono, baixa autoestima, ansiedade, falta de apoio do companheiro e da família, gestação não planejada, bebês com anomalias e a lembrar dos antecedentes familiares, contribuem para o desenvolvimento e/ou agravamento dos transtornos mentais na mulher puérpera. Dessa forma não deixar de ressaltar a importância do acolhimento e acompanhamento das equipes de enfermagem dentro das equipes de saúde na atenção à mulher e ao RN em todo o período, oferecendo um tratamento completo e assistido sendo humanizado e integral.

Observou-se que pelas novas adaptações e mudanças que acontecem tanto no psicológico quanto no meio familiar, os episódios de instabilidade nesse período trazem quadros adaptativos de apresentação psicológica instável, sendo que a mulher apresenta uma maior vulnerabilidade diante desse quadro sendo mais favoráveis ao surgimento das doenças mentais. Constatou-se no estudo dos transtornos mentais comuns no puerpério, que os quadros se apresentam com instabilidades e reajustes bipolar e depressão maior com traços psicóticos, sendo que esse costuma apresentar prévio a gestação onde são comuns e costuma ser o transtorno mais abordado, podendo causar repercussões graves à saúde da mulher assim como os quadros de insônia, pensamentos obsessivos com seus filhos, as alucinações com distorção da realidade que pode acompanhar as fantasias com ideias agressivas contra si e ao RN são sinais que essas mulheres apresentam, há também a preocupação das confusões mentais e desorientação que costumam intercalar com os momentos de lucidez ocasionando na maioria das vezes a tristeza pós-parto.

Conclui-se também que os profissionais da enfermagem têm um papel primordial no cuidado às mulheres no período gravídico, parto e pós-parto, tornando o enfermeiro o personagem fundamental no cuidado a essa mulher, buscando identificação dos fatores de risco que venha intensificar a assistência de enfermagem executando condutas técnico-científicas na minimização dos agravos atuando com recursos metodológicos favorecendo atuação qualificada dentro do PE e com aplicabilidade da SAE. Notou-se que ainda perpetua a falta de conhecimento e preparo dos profissionais da enfermagem diante dos transtornos mentais no período puerperal assim como o despreparo na assistência de enfermagem deixando aberto o parecer de que um dos fatores dos agravos parte do próprio profissional que precisa estar diante desse público. É de extrema importância que essa temática venha a ser mais trabalhada nas universidades e programas de saúde, pois no puerpério muitas vezes não é oferecido um cuidado adequado. O

profissional de enfermagem deve ter um olhar holístico e empático para viabilizar e ajudar a mulher puérpera a passar por esse período com uma adequada assistência.

REFERÊNCIAS

AMORIM, S. P. T. Tristeza pós-Parto: importância do diagnóstico precoce. Orientador: Aldina Manuela Gonçalves. 2010. 116 f. v. 1, TCC (Graduação) - Curso de Licenciatura em Enfermagem, Universidade Fernando Pessoa, ponte lima, 2011.

ASSEF M. R.; Barina A. C. M.; Martins A. P. P.; Machado J. G. de O.; Amado L. O.; Toledo L. de; Binkowski L. L. T.; Correia M. C. Álvares; Fernandes T. P.; Soares G. F. G. Aspectos dos transtornos mentais comuns ao puerpério. Revista Eletrônica Acervo Científico, v. 29, p. e7906, 7 jul. 2022.

CARVALHO, Geraldo Mota, et al. “Transtornos Mentais Em Puérperas: Análise Da Produção de Conhecimento Nos Últimos Anos.” *Brazilian Journal of Health Review*, vol. 2, no. 4, 2019, pp. 3541–3558, 10.34119/bjhrv2n4-117. Acesso 15 Jul 2022.

FÉLIX, Tamires Alexandre *et al.* Atuação da enfermagem frente à depressão pós-parto nas consultas de puericultura. *Enfermeiría Global: revista eletrônica trimestral de enfermagem*, [s. l], v. 1, n. 29, p. 420-435, jan. 2013. Trimestral.

FERREIRA, Rayanne Cordeiro; GONÇALVES, Charlisson Mendes; MENDES, Patrícia Guedes. Depressão: do transtorno ao sintoma. *psicologia.pt*, Minas Gerais: *psicologiap*t, ano 2014, n. 1, p. 1-16, 16 nov. 2022.

FROTA C. A.; Batista C. de A.; Pereira R. I. do N.; Carvalho A. P. C.; Cavalcante G. L. F.; Lima S. V. de A.; Silva C. N. R. da; Araújo L. F. A.; Santos F. A. da S. A transição emocional materna no período puerperal associada aos transtornos psicológicos como a depressão pós-parto. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 48, p. e3237, 7 maio 2022.

GOMES, G. F.; DOS SANTOS, A. P. V. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PUPERIPIO. *Revista Enfermagem Contemporânea*, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 211–220, 2017. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v6i2.1407. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1407>. Acesso em: 3 ago. 2022.

KORTELAND, Tim W. et al. Intervenções de enfermagem para pacientes com psicose pós-parto internados em uma unidade psiquiátrica mãe-bebê: um estudo qualitativo. Um estudo qualitativo. 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jpm.12542>. Acesso em: 10 de julho, 2022.

MACIEL LP, Costa JCC, Campor GMB, Santos NM, Melo RA, Diniz LFB. Transtorno mental no puerpério: riscos e mecanismos de enfrentamento para a promoção da saúde. *Rev Fun Care Online*. 2019 jul/set; 11(4):1096- 1102. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1096-1102>.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa, 1914- Rezende obstetrícia fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

SCALCO, Laércio Maciel *et al.* psicose puerperal: realto de caso. revista de medicina e saúde de brasilia, brasilia: brasilia, ano 2913, p. 84-89, 22 jul. 2022.

SHIVAKUMAR G, et al. Progression of major depression during pregnancy and postpartum: a preliminary study. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 2014;27(6):57-576.

SILVA JF da, Nascimento MFC, Silva AF da, Oliveira OS de, Santos EA, Ribeiro FMSS, et al. Intervenções do enfermeiro na atenção e prevenção da depressão puerperal. Rev enferm UFPE on line. 2020;14:e245024 DOI: <https://doi.org/10.5205/19818963.2020.245024>.

ZUGAIB, Marcelo. Doenças Psiquiátricas. In: ZUGAIB, Marcelo. Zugaib Obstetrícia. 2. ed. Barueri: Manole, 2012. Cap. 6. p. 996-1005.

CAPÍTULO VIII

PROMOVER A SAÚDE NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO ESCOLAR

Maria Alana da Silva Sales Leite

DOI-Individual: 10.47538/AC-2023.02-08

Os estudos realizados abordam como a saúde pode ser tratada na sala de aula como meio de prevenção das doenças, relacionando a saúde com a educação, onde se deve trabalhar a saúde para que os alunos possam conhecer os temas transversais da educação. Os termos educação e saúde devem ser trabalhados na educação para a proteção dos alunos e contra as doenças virais e infecciosas existentes no meio ambiente.

A educação tem o poder de estar sempre ajudando as pessoas na construção do conhecimento, desde o aprendizado do alfabeto e numerais, pois é onde tudo começa sendo assim pode ser o meio de aprendizado sobre a saúde, proteção às doenças, como vermes, resfriados, nos dias atuais passamos por vários problemas relacionados à saúde assim a educação pode nos orientar como devemos fazer para não ficar doentes.

A educação deve prevenir seus alunos das doenças e dessa maneira devem ensinar a evitar o contágio das mesmas transmitidas por vírus e bactérias, cabe o professor ser mediador dos conteúdos sobre doenças que podem afetar os alunos como relatam o Ministério da saúde.

Muitas práticas educativas nos serviços de saúde ainda são feitas com esta visão, apesar da participação comunitária estar presente na retórica de muitos gestores, profissionais de saúde e educadores e preconizada nos princípios e diretrizes do SUS. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

O aluno saudável é o aluno dispostos para aprender o conteúdo e tudo que está ligado a sua vida, é necessário que os professores ensinem os alunos a prevenir de algumas doenças que podem vir atingir os mesmos, dessa forma o aprendizado ficará comprometido pelo seu estado físico. Assim a educação como meio de promover a saúde pode ajudar na prevenção de várias doenças com os ensinamentos oferecidos aos alunos pelos professores, em prol de ajudar os alunos ter uma saúde saudável

O QUE É SAÚDE?

O significado de saúde há alguns anos era a ausência de doenças nas pessoas e esse significado era satisfatório e com o passar dos anos a definição foi substituída, englobando bem-estar físico mental e social. Com toda essa visão ainda apresenta algumas dificuldades ao referir saúde para todos. Uma pessoa saudável é estar com disposição para sua vida com felicidade e desejo de viver sempre bem e cada vez mais alegria para aceitar tudo que a vida oferece prazeres, dores, alegrias, tristezas e ser feliz. Com essa definição de saúde as pessoas estão amparadas em todos os aspectos, sendo assim uma pessoa saudável não apenas de doenças físicas, mas mentais e bem-estar em sociedade.

O QUE É EDUCAÇÃO?

Educação é tudo que engloba o aprendizado dos alunos como está no currículo as disciplinas, a viver em sociedade respeitando o próximo e sendo respeitado, tendo regras e limites e o aprendizado do letramento e alfabetização o significado de educação é muito amplo, pois está presente em todos os aprendizados dos alunos.

Educação é a formação do ser em um todo, onde as pessoas aprendem a ler e escrever, interpretar e pensar sobre as citações vivenciadas no decorrer de sua vida, assim a educação é formadora de pessoas. A educação vai se formando através de situações presenciadas e experiências vividas por cada indivíduo ao longo da sua vida. O significado de educação está presente em todas as ações do indivíduo com delicadeza, respeito, os conhecimentos adquiridos em uma sala de aula e a sua capacidade de socialização.

A educação é o processo de despertar o aprendizado ou a formação de conhecimentos, habilidades, valores, crenças e hábitos. O trabalho educacional inclui o ensino, treinamento, narração de histórias, discussão e pesquisa direcionada. Educação é tudo que está relacionado ao aprendizado das pessoas, seja ela em qual área do aprimoramento dos conhecimentos, aprendizados que podem ser utilizados em sua vida pessoal e em comunidade.

TRABALHANDO A SAÚDE NO ÂMBITO ESCOLAR

As práticas de saúde em educação envolvem os profissionais da educação para trabalhar com seus alunos higiene do corpo, como prevenção de doenças, momento delicado que estamos vivendo é necessário que todos nós fiquemos muito bem informados para não correr o risco de ser contagiado pelas doenças, e para tanto os gestores devem incentivar seus professores a realizar esse trabalho. Os trabalhos dos professores, funcionários da instituição, servem como alerta para os alunos e até mesmo familiares, tendo noção como é a prevenção e que a melhor coisa a se fazer é ficar em casa sem contato com pessoas que não seja da sua família os mais próximos. O Ministério da Saúde relata que é importante trabalhar a saúde no âmbito escolar para que os alunos tenham um conhecimento maior sobre como devemos nos cuidar. Diante do exposto, o conceito de educação permanente afirma que:

A educação permanente consiste em ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Os professores devem trabalhar os conteúdos com seus alunos e também a saúde como um conteúdo interdisciplinar, onde pode ser ensinados hábitos de higiene pessoal, proteção às doenças causadas por vírus, coisas básicas que todos nós devemos saber para evitar tais doenças. Na atualidade, todos nós somos responsáveis pela sua saúde. Assim Alves e Aerts em 2011 afirmam:

[...] com o apogeu do paradigma cartesiano e da medicina científica, as responsabilidades referentes às ações de educação em saúde foram divididas entre os trabalhadores da saúde e os da educação. Aos primeiros, cabia desenvolver os conhecimentos científicos capazes de intervir sobre a doença, diagnosticando-a e tratando-a o mais rapidamente possível. Ao educador, cabia desenvolver ações educativas capazes de transformar comportamentos. Essa lógica, além de fragmentar o conhecimento, não levava em consideração os problemas cotidianos vivenciados pela população (ALVES; AERTS, 201, p. 47).

Nesse processo de múltiplas determinações e relações torna-se fundamental o papel das escolas para o desenvolvimento das capacidades dos alunos, de maneira a contribuir para a saúde de todos. Para GADOTTI (2000),

Nesse contexto o traço original da educação deste século é a colocação do indivíduo nos contextos social, político e ético-ideológico. A educação no século XX tornou-se permanente e social e as ideias universalmente difundidas entre elas é a de que não há idade para se educar, de que a educação estende-se pela vida e ela não é neutra, mas engajada (GADOTTI, 2000, p. 98).

A SAÚDE NA ESCOLA

No Brasil, as ações educativas em saúde para escolares estiveram presentes nos discursos oficiais a partir de 1889, época da Primeira República, centradas no ensino de comportamentos e hábitos considerados saudáveis. No princípio do século XX, na concepção higienista-eugenista, a educação em saúde visava o desenvolvimento de uma “raça” saudável e produtiva, a partir da observação, exame, controle e disciplina na infância. As práticas pedagógicas eram centradas em ações individualistas, focadas na mudança de comportamentos e atitudes, sem muitas vezes considerar as inúmeras condições de vida da realidade na qual as crianças estavam inseridas (VALADÃO, 2004; GONÇALVES et al., 2008).

Leonello e L’Abbate (2006) alertam que as práticas educativas em saúde tendem a reduzir-se a atividades preventivas, de cunho meramente informativo e coercitivo. Ou, ainda, segundo Moura et al., (2007), a escola é identificada como espaço no qual tradicionalmente são desenvolvidos programas orientados pela pedagogia tradicional.

Políticas e programas com o objetivo de prestar assistência e abordar a saúde na escola ganharam espaço juntamente com a busca pela universalização dos sistemas de ensino (VALADÃO, 2004), o que vislumbra o potencial para ações de PS na escola. Valadão (2004) afirma que, ao longo do século XX, novos componentes técnicos e científicos vão sendo agregados à concepção citada e ocorre um deslocamento progressivo da sua legitimação dos eixos da moral para uma aparente despolitização apoiada na ciência.

Entretanto, a modelagem de comportamentos permanece como um objetivo central, e, no transcorrer do século XX, a saúde escolar no Brasil experimenta avanços em sintonia com a evolução técnico-científica, deslocando o discurso tradicional, de lógica biomédica, para uma concepção ligada à PS na escola (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010). Apesar de as escolas não se sentirem responsáveis pela

prática da saúde em seus ambientes, é inegável o seu papel em temas ligados à saúde por ser cenário propício para lidar com as questões que envolvem especialmente os alunos, inclusive em seu ambiente familiar e comunitário (TAVARES; ROCHA, 2006; FERNANDES; ROCHA; SOUZA, 2005).

Para Silva (1997), a escola poderá fornecer importantes elementos para capacitar o cidadão para uma vida saudável. Tavares e Rocha (2006) trazem a necessidade de estabelecer um espaço na escola onde seja suscitado o debate para maior compreensão da relação entre saúde e seus determinantes mais gerais, possibilitando processos de aprendizagem permanente para os envolvidos. As autoras defendem que as relações espaciais com outros cenários, como a família, a comunidade e os serviços de saúde, devem ser identificadas com as condições sociais e os diferentes estilos de vida por meio de condutas simples e da participação de todos.

Atualmente, a temática da saúde na escola recebe importante atenção de diversos organismos internacionais, em especial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a UNESCO, o que confirma sua relevância em âmbito mundial. No Brasil, o PSE foi instituído em 2007 e integra uma política de governo voltada à intersetorialidade que atende aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): integralidade, equidade, universalidade, descentralização e participação social.

O PSE se propõe a ser um novo desenho da política de educação em saúde como parte de uma formação ampla para a cidadania e promove a articulação de saberes e a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral ao tratar a saúde e educação de forma inteligente. A educação e a saúde são áreas de produção e aplicação de saberes destinado ao desenvolvimento humano (PEREIRA, 2003). Há, portanto, consenso sobre o importante papel das ações de promoção de saúde e educação em saúde desenvolvidas nas escolas, com o intuito de garantir a formação integral dos alunos (GAVIDIA, 2003).

Certamente, essas duas esferas são igualmente importantes, complementando-se e funcionando como mecanismos interdependentes, já que, com as rápidas transformações advindas dos progressos políticos, econômicos, sociais, ambientais e dos avanços técnicos- científicos, podem ser observadas, ainda, desigualdades nas condições de saúde e de vida entre países, regiões e grupos sociais. Sem saúde não há educação,

assim como sem educação não há saúde (COSTA, 2012). A escola se torna, com isto, espaço essencial para o desenvolvimento do conhecimento compartilhado e para a integração com a comunidade. Nela, encontra- se a maior parte da população que demonstra interesse em aprender, e onde reside alto potencial

A PARTICIPAÇÃO DE TODOS NO PROCESSO DA SAÚDE NA ESCOLA

Promover saúde é tocar nas diferentes dimensões humanas, é considerar a afetividade, a amorosidade e a capacidade criadora e a busca da felicidade como igualmente relevantes e como indissociáveis das demais dimensões. Por isso, a promoção da saúde é vivencial e é colada ao sentido de viver e aos saberes acumulados pela ciência e pelas tradições culturais locais e universais. Para se promover saúde não é suficiente informar. É necessária uma relação dialogal, uma comunicação emancipadora, em que os sujeitos sejam envolvidos na ação educativa, formativa e criativa, levando em conta a reconstrução do saber da escola e a formação continuada dos docentes.

Promover saúde implica e requer ter paz, educação, alimentação, renda, ecossistema saudável, recursos sustentáveis, justiça e eqüidade e desenvolver ações de promoção da saúde. No contexto escolar, tem a ver com respeito às possibilidades e aos limites do corpo, do intelecto e das emoções, da participação social e do estabelecimento de alianças. Os processos educativos têm como eixos a construção de vidas mais saudáveis e a criação de ambientes favoráveis à saúde, o que significa entender a educação como processo que trata o conhecimento como algo que é construído e apropriado e não como algo a ser transmitido. Conhecimento, por sua vez, é fruto da interação e cooperação entre sujeitos que são diferentes, que trazem experiências, interesses, desejos, motivações, valores e crenças que são únicas, singulares, mas que são, ao mesmo tempo, plurais, e, por isso, diversas. Um conhecimento que é incompleto e histórico.

Saúde e educação são, sem sombra de dúvida, o alicerce de uma grande nação. Um povo com acesso ao conhecimento e à reciclagem, com assistência adequada e bem-estar, é a premissa para a construção de um presente de oportunidades e de um futuro cada vez mais alvíssareiro. A saúde e a educação representam as bases para o crescimento de empresas, expansão de serviços e do segmento industrial, da agricultura e de todo o chamado livre mercado. Tem-se, assim, cidadãos/trabalhadores ainda mais qualificados e

mais comprometidos, gestores mais esclarecidos e políticos mais fiscalizados. Dessa forma, também é semeado o terreno para um círculo virtuoso de transferência de renda, de crescimento econômico sustentável e de qualidade de vida para todos.

A Saúde em Educação pode contribuir na formação de consciência crítica do educando, culminando na aquisição de práticas que visem à promoção de sua própria saúde e da comunidade na qual encontra-se inserido (COSTA, 2012). A cada dia que passa os nossos alunos precisam conhecer este tema sobre a saúde para que possam aprender a prevenir doenças e levar os seus conhecimentos para suas famílias contribuindo a cada dia por um mundo melhor onde todos entendam que prevenir é melhor do que curar obtendo assim uma vida saudável.

A SAÚDE NO CONTEXTO ESCOLAR

A educação e a saúde são áreas de produção e aplicação de saberes destinado ao desenvolvimento humano (PEREIRA, 2003). Há, portanto, consenso sobre o importante papel das ações de promoção de saúde e educação em saúde desenvolvidas nas escolas, com o intuito de garantir a formação integral dos alunos (GAVIDIA, 2003). Certamente, essas duas esferas são igualmente importantes, complementando-se e funcionando como mecanismos interdependentes, já que, com as rápidas transformações advindas dos progressos políticos, econômicos, sociais, ambientais e dos avanços técnico- científicos, podem ser observadas, ainda, desigualdades nas condições de saúde e de vida entre países, regiões e grupos sociais. Sem saúde não há educação, assim como sem educação não há saúde (COSTA, 2012).

A escola se torna, com isto, espaço essencial para o desenvolvimento do conhecimento compartilhado e para a integração com a comunidade. Nela, encontra-se a maior parte da população que demonstra interesse em aprender, e onde reside alto potencial disseminador de informações que ultrapassam, por inúmeras vezes, seus limites físicos, sendo ambiente bastante favorável à promoção da saúde (OLIVEIRA; BUENO, 1997 apud COSTA; SILVA; DINIZ, 2008). Fica evidenciada, portanto, a importância do tema, visto que a Educação em Saúde pode contribuir na formação de consciência crítica do educando, culminando na aquisição de práticas que visem à promoção de sua própria saúde e da comunidade na qual encontra-se inserido (COSTA, 2012).

A reflexão sobre educação em saúde implica na observação de inúmeros aspectos importantes sobre suas origens, implicações e maneiras de efetivação, a fim de garantir melhor assistência de saúde à população (COSTA; SILVA; DINIZ, 2008). O tema tem grande relevância, possuindo raízes em teorias distintas, sendo destaque nas conferências de saúde e encontros internacionais onde, notavelmente, houve crescentes discussões nas últimas décadas sobre como inseri-lo também no contexto escolar. Todavia, mesmo com os constantes debates, essas reflexões não vêm sendo traduzidas em intervenções educativas concretas, restando profundo hiato entre teoria e prática (GAZZINELLI et al., 2005).

Essa dificuldade encontra-se pautada na permanência de modelos hegemônicos que mais se preocupam em tratar uma doença do que preveni-la. Há, ainda, a constatação, por parte de alguns, da ineficácia da educação em provocar mudanças de comportamentos e práticas, estabelecendo o distanciamento entre o discurso e a prática pedagógica em saúde (GAZZINELLI et al., 2005).

COMO DEVEMOS TRABALHAR A SAÚDE NA ESCOLA

Considera-se que, para alcançar a saúde, não basta desenvolver a atenção primária, mas também a educação voltada às necessidades e possibilidades da comunidade. Profissionais da área reconhecem que, para melhorar o panorama da Saúde Pública, é necessário educar as grandes massas, promovendo campanhas em prol da saúde e em detrimento das doenças que podem ser prevenidas e controladas por meio de medidas educativas e sanitárias (RODRÍGUEZ; KOLLING; MESQUIDA, 2007).

Taddei et al., (2006, apud Costa, 2012) relata que o professor é agente multiplicador do processo educativo para a saúde, tanto na atenção individual quanto coletiva dos educandos, devendo seguir um modelo estruturado que compreenda temas básicos sobre as fases do crescimento e desenvolvimento humano, necessidades e distúrbios nutricionais nas diferentes faixas etárias, focando na prevenção de agravos, estimulando o comportamento preventivo na saúde física, mental e social.

A saúde na escola engloba estratégias que possibilitam, por exemplo, a educação, a prevenção e até o diagnóstico clínico ou social para posterior encaminhamento a uma unidade de saúde. O ambiente escolar, por mais pacífico e democrático que seja, pode

configurar um ambiente considerado hostil, principalmente devido à pressão por obter notas altas, casos de bullying, problemas relacionados a pais, responsáveis e à autoaceitação. Por isso, o papel da escola na promoção da saúde inclui tornar-se um ambiente seguro para falar sobre o assunto, sem recorrer a clichês ou transformá-lo em tabu.

Crianças que são encorajadas a conhecerem mais sobre elas mesmas (sobre o próprio corpo e a mente) e que compreendem que o cuidado pessoal caminhalado a lado com a autoaceitação, certamente crescerão mais felizes e estabelecerão relações mais saudáveis. Precisamos trabalhar nosso corpo e nossa mente, e compreendemos o quanto a escola é importante em todos os âmbitos da nossa vida. A escola forma cidadãos em seus mais variados aspectos, e a saúde é um desses aspectos atuados pela escola.

Algumas ações que podem ser praticadas no ambiente escolar para promover a saúde são:

Ensinar sobre cuidados com higiene;

Incentivar a prática de atividades físicas;

Ensinar a importância de uma alimentação saudável;

Incluir frutas, verduras, legumes e outros alimentos nutritivos no cardápio da escola;

Conscientizar os alunos sobre a importância de hábitos saudáveis comoprevenção de doenças;

Promover aulas e discussões sobre saúde mental;

Envolver os alunos em atividades práticas, como cuidar de uma horta na escola;

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O trabalho dos pedagogos vem abrangendo uma ampla área da vida dos alunos, pois os professores educam fazendo com um papel significativo em relação ao conteúdo do currículo e cuidam da saúde de seus alunos e também dos familiares mais próximos. A saúde trabalhada na educação leva um melhor aprendizado como deve fazer para proteger contra as doenças virais e bacterianas, dessa forma a educação deve trabalhar a saúde para o bem estar dos alunos. Vasconcelos (1999) no relata que a educação em saúde

acontece através de diálogos entre professores e alunos, trabalhando sobre a saúde em suas vidas.

A Educação Popular em Saúde é pautada no diálogo e na troca de saberes entre o educador e educando, em que o saber popular é valorizado e o alvo do Movimento Popular em Saúde está nas discussões sobre temas vivenciados pela comunidade que levem a mobilização social para uma vida melhor (VASCONCELOS, 1999, p. 78).

Assim como relata Vasconcelos entendemos que a saúde trabalhada na educação é apenas alguns detalhes de prevenção às doenças mais comuns em nosso meio, que a escola pode e devem estar orientando seus alunos contra as mesmas para que assim possamos evitar o contágio. É muito importante o trabalho da educação na prevenção de doenças, pois os professores estão em contato com seus alunos todos os dias e é mais importante que a comunicação entre ambos sobre as possíveis doenças e prevenção das mesmas.

CONCLUSÃO

A relação da educação com a saúde deve acontecer no âmbito escolar, dessa maneira a saúde pode ser aprendida na escola pelos professores a prevenção às doenças, os cuidados que devemos ter com nosso corpo e conhecer os sintomas das doenças mais naturais. A participação dos professores em oferecer aos seus alunos conceitos sobre saúde, engrandece o aprendizado dos mesmos, assim podem evitar o contágio com uma doença infecciosa ou viral. A saúde está presente em todos os momentos de nossas vidas e então é importante que a prevenção às doenças seja discutida em sala de aula, para que assim os alunos aprendam como proteger para evitar as doenças em seu corpo. Pode-se contar com a educação em saúde como um instrumento promocional e de estímulo ao autocuidado, ponderando-se as informações fornecidas.

Diante disso, entende-se que a educação e a promoção da saúde caminham juntas, gerando possibilidades para que o aluno se conscientize e coloca em prática, objetivando sua qualidade de vida para melhor. Considera-se que a educação possibilita ao aluno um aprendizado sobre saúde, como se cuidar do próprio corpo, da sua higiene pessoal e do bem-estar, pois com a saúde estável a pessoa tem mais vontade de realizar suas atividades diárias. Em fim a educação como meio de promoção para a saúde, faz bem para os alunos,

pois ensina a se cuidar de si mesmo e saber como se defender doenças mais simples existentes em nosso meio.

REFERÊNCIAS

- ALVES GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciência Saúde Colet 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
- CIFUENTES-FAURA, J. Consecuencias en los niños del cierre de escuelas por Covid-19: el papel del gobierno, profesores y padres. Revista Internacional de Educación para la Justicia Social, Madrid, v. 9, n. 3e, p. 1-12, 2020.
- DIAS, E.; PINTO, F. C. F. Educação e sociedade. Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação, Rio de Janeiro, v. 27, n. 104, p. 449-454, 2020 GADOTTI M. Perspectivas atuais da Educação. São Paulo em Perspectiva 2000.
- GOMES LB, Merhy EE. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. Cad Saúde Pública 2011; 27(1):7-18.
- MAIA, B. R.; DIAS, P. C. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. Estudos de Psicologia (Campinas), Campinas, v. 37, e200067, 2020.
- VASCONCELOS E M. Educação popular e atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999. www.portalfiocruz.br, www.significados.com.br

CAPÍTULO IX

REALIDADE VIVIDA PELOS PORTADORES DE VITILIGO

Gessiane Beata Carvalho Pereira

Renata Souza Leite Vieira

Wellington Danilo Soares

Luiza Eulálio Fagundes dos Anjos

Érika Fernanda Sales Martuscelli

João Paulo Rodrigue Pacheco

Ítala Apoliana Guimarães Amorim

Clarice Ribeiro de Oliveira Matos

Jairo Evangelista Nascimento

Tatiana Almeida de Magalhães

DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2023.02-09

RESUMO: Objetivo: avaliar a realidade vivida pelos portadores do Vitiligo I. Materiais e métodos: trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, de abordagem quantitativa e qualitativa, realizado por meio de questionário estruturado pela plataforma Google Forms, composta por uma amostra de 56 integrantes de um grupo de uma rede social, destinado a pessoas portadoras de vitiligo I. Resultados: os resultados mostram que 46,3% tem impacto negativo em sua autoestima, sendo 80% das respostas afirmam que já vivenciaram situações preconceituosas devido a doença, contudo 85,5% dos participantes declararam que possuem apoio de familiares e amigos, descrevendo uma rede de apoio ativa e 60% dos participantes responderam que ser portador de vitiligo não impactou na realização de atividades e relações sociais. Quanto ao uso de tratamentos 96,4% relatam não ter feito o uso de despigmentante no intuito de clarear todo o corpo. Conclusão: conclui-se que para além dos fatores genéticos e clínicos, os participantes da pesquisa, encontraram meios de conviver com a doença, proporcionando um bem estar, apesar da doença, através de suas redes de apoio, como familiares, amigos e buscando meios de cuidados que estão ao seu alcance.

PALAVRAS-CHAVE: Vitiligo. Qualidade de vida. Autoestima.

REALITY EXPERIENCED BY VITILIGO PATIENT

ABSTRACT: Objective: to evaluate the quality of life of vitiligo I. Materials and methods: this is a descriptive, transversal research, with a quantitative and qualitative approach, carried out through a questionnaire structured by the Google Forms platform composed of a sample of 56 members of a group of a social network, aimed at people with vitiligo I. Results: the results show that 46,3% have a negative impact on their self-esteem, with 80% of the family and friends, describing an active support network and 60% of the participants answered that having vitiligo did not impact the performance of activities and social relationships. As for the use of treatments, 96,4% reported not having used depigmenting agents in order to lighten the entire body. Conclusion: it's concluded that addition to genetic and clinical factors the emotional factor is the cause of the greatest impact on patients with vitiligo however some of the research participants



found ways to live with the disease providing quality of life, despite the disease through their support networks such as Family members friends and seeking means of care that are within their reach.

KEYWORDS: Vitiligo. Quality of life. Self esteem.

INTRODUÇÃO

O vitiligo é uma patologia cutânea, crônica e autoimune caracterizada pela perda dos melanócitos, de forma parcial ou mesmo completamente. Ou ainda pela perda da função destas células, que são produtoras do pigmento melanina. É a desordem mais comum de despigmentação da pele¹. Afeta os dois sexos da mesma forma, em qualquer idade, porém os primeiros sintomas se iniciam antes dos 20 anos. Acomete aproximadamente 0,5% a 2% da população mundial e no Brasil, cerca de 1,2% de pessoas brancas e 1,9% das pardas/negras. É considerada umas das 25 doenças dermatológicas com maior frequência.²

Essa patogenia é caracterizada por aparecimento de manchas despigmentadas pelo corpo. Apesar de não ter malignidade, não ser contagiosa, e não trazer danos à saúde física, ela causa grande impacto nas relações interpessoais e qualidade de vida do paciente. É comum o paciente ter repulsão da própria imagem, o que afeta as relações interpessoais podendo levar um quadro de isolamento e consequente depressão. Os motivos exatos que desencadeiam o vitiligo ainda não são claramente explicados.³

Os principais motivos revelados por alguns estudos estão relacionados à autoimunidade, herança genética, estresse, fatores ambientais e multifatoriais. Cerca de 20% dos pacientes com essa patologia têm ao menos um parente de primeiro grau com a doença.⁴

A doença acarreta uma série de aborrecimentos e transtornos emocionais nos portadores, sofrendo especialmente com a discriminação e preconceito da sociedade. A ação psicológica em pacientes com vitiligo consegue constatar a existência de conteúdos reprimidos, somatizados em sintomas físicos.^{3,5}

Por ser uma doença de pouco conhecimento da sociedade e de grande visibilidade na pele, a qualidade de vida desses portadores do vitiligo é afetada pelo preconceito, desigualdade e discriminação de muitas pessoas que os julgam por sua aparência, que apresentam receio em ter contato com portadores dessa enfermidade por ter

medo de ser contagioso, causando um efeito negativo e resultando em uma possível piora no estado emocional daquele portador.⁶

O vitiligo é uma das dermatoses mais intrigantes existentes, com diversas formas de tratamento, inclusive cirúrgicas. Pacientes com vitiligo relatam com frequência sentimentos como insegurança, ansiedade e desamparo. Além disso, é comum que os pacientes não entendam como a doença se desenvolveu, o que pode estar relacionado ao seu progresso.

Desse modo, é justificável este estudo, pois, além de possibilitar o mais amplo entendimento dessa patogenia têm-se condições de evidenciar principais características, as dificuldades para o tratamento e analisar como as pessoas portadoras do vitiligo convivem com a doença. A partir do exposto, o objetivo do presente estudo é avaliar a qualidade de vida dos membros do grupo da rede denominado Vitiligo Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, de Abordagem quantitativa e qualitativa, realizado por meio de questionário estruturado pela plataforma *Google Forms*. A amostra do estudo foi composta por 56 pessoas portadoras do vitiligo I e adotado o seguinte critério de inclusão para a participação do estudo: ser membro do grupo da rede social *Facebook*, denominado Vitiligo Brasil, ser portador do Vitiligo I, ser maior de 18 anos, ambos os sexos e residentes no Brasil. Foram excluídos do estudo: membros menores de 18 anos, membros não portadores de vitiligo I e aqueles que não aceitarem assinar o Termo de Consentimento ou que estiverem incompletos.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário elaborado com o auxílio da plataforma *Google Forms*, contendo 20 perguntas fechadas relacionadas ao tema. Anexo ao questionário havia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com as informações pertinentes à pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre 16 de setembro e 04 de outubro de 2022. O link de acesso ao questionário foi enviado ao administrador do grupo em questão e posteriormente foi repassado aos integrantes do grupo; sendo que os portadores do

vitiligo só conseguiram ter acesso às perguntas, após aceitar participar da pesquisa explicada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecida (TCLE).

Após a coleta de dados, foi realizada análise descritiva e os resultados em gráficos e tabelas.

A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos determinados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE), sob o número 5.640.996 do parecer consubstanciado do CEP 29 de Agosto de 2022.

RESULTADOS

Participaram do estudo 56 indivíduos membros do grupo da rede denominado Vitiligo Brasil de forma voluntária e aplicando o critério de exclusão houve o total de 55 questionários válidos respondidos.

Para caracterização dos participantes da pesquisa, a amostra tem em maior número de participantes com idades entre 30 a 60 anos (81,8%; n=55), é portador há mais de 10 anos (52,7%; n=29), não possuem familiar portador da doença (52,7%; n=29) e o vitiligo surgiu na vida do portador devido algum fator emocional (70,9%; n=39) (Tabela 1).

Tabela 1- Caracterização de adultos portadores de vitiligo e membros do grupo Vitiligo Brasil, 2022.

Variáveis	n	%
Idade		
Entre 18 e 29 anos	7	12,7
Entre 30 e 45 anos	24	43,6
Entre 45 e 60 anos	21	38,2
Acima de 60 anos	3	12,7
Há quanto tempo você é portador (a) do vitiligo?		
Menos de 1 ano	3	5,5
Entre 1 e 5 anos	18	32,7
Entre 5 e 10 anos	5	9,1
Mais de 10 anos	29	52,7

Na sua família tem mais alguém portador (a) de vitiligo?

Sim	23	41,8
Não	29	52,7
Não sei	3	5,5

Como surgiu o vitiligo na sua vida (qual a origem dele na sua vida?)

Hereditário	39	70,9
Emocional	12	21,8
Não sei informar		

Como é atualmente sua convivência com o vitiligo?

Boa	18	33,3
Ruim		

Fonte: Google Forms

Os impactos negativos causados pelo Vitiligo na auto estima do portador (46,3%; n=25) se importam com a questão da estética em relação ao vitiligo, de modo que consideram ser tratados com preconceito (80%; n=44) do portador da doença em relação ao meio em que está inserido, foram expostos a situações em que sofreram situações preconceituosas (56,4%; n=31); contudo, 60% (n=33) responderam que ser portador de vitiligo não impactou na realização de atividades e relações sociais, além de 85,5% (n=47) declarar que possuem apoio de familiares e amigos e 69,1% (n=38) não se dispuseram a busca de um profissional para auxiliarem a lidarem com as questões que estavam vivenciando (Tabela 2).

Tabela 2- Impactos psicológicos dos adultos portadores de vitiligo e membros do grupo Vitiligo Brasil, 2022.

Variáveis	n	%
Sabe-se que o vitiligo afeta a questão da estética, diminuindo a autoestima. Você se importa com isso?		
Sim	25	46,3
Não	8	14,8
Parcialmente	21	38,9
Como você acha que a sociedade enxerga o portador de vitiligo?		
Sem preconceito	2	16,4
Com preconceito	44	80,0
Não tenho opinião sobre isso	9	3,6
Você já sofreu algum preconceito?		
Sim	31	56,4

Não	24	43,6
-----	----	------

Você tem apoio das pessoas ao seu redor, como parentes, amigos, pessoas mais próximas?

Sim	47	85,5
-----	----	------

Não	8	14,5
-----	---	------

Já procurou ajuda para aceitar o vitiligo? Como psicólogo ou psiquiatra, por exemplo?

Sim, procurei	17	30,9
---------------	----	------

Não procurei	38	69,1
--------------	----	------

O vitiligo já te atrapalhou a fazer alguma coisa, como sair, namorar, ir a algum lugar público?

Sim	22	40,0
-----	----	------

Não	33	60,0
-----	----	------

Fonte: Pesquisadores

Quanto às intercorrências durante o tratamento como retratado na Tabela 3, percebe-se que diante as possibilidades, 45,5% (n=25) não tiveram oportunidade de usufruir do tratamento de Fototerapia, 21,8% (n=12) fizeram uso e observaram melhora, 20% (n=11) achou o procedimento caro, diante disso, apenas 1,9% (n=1) usa a fototerapia como meio de tratamento. O não uso de procedimentos para a camuflagem totalizou 55,6% (n=30), 25,9% (n=14), utilizam cosméticos como base e maquiagem e 29,6% (n=16) fazem uso de medicamentos na tentativa de amenizar as manchas que surgiram e quanto ao uso de despigmentantes no intuito de clarear todo o corpo 96,4% (n=53), nunca o fizeram.

Foi questionado se havia conhecimento de algum tratamento de meio natural pelo uso de plantas medicinais, 55% (n=30) não tinha conhecimento e 45% (n=25) responderam positivamente e indicando alguns métodos com plantas medicinais para o uso como tratamento da doença.

Tabela 3- Descrição do tratamento dos adultos portadores de vitiligo e membros do grupo Vitiligo Brasil, 2022.

Variáveis	n	%
-----------	---	---

Ao descobrir o vitiligo, ele acarretou outras doenças autoimunes no seu organismo?

Sim	12	21,8
-----	----	------

Não	26	47,3
-----	----	------

Não sei	17	30,9
---------	----	------

Qual o procedimento você usa com o vitiligo?

Camuflagem: com base e maquiagem	14	25,9
Medicamentos para tentar amenizar as manchas que surgiram	16	29,6
Não uso procedimentos para camuflar.	30	55,6
Fototerapia	1	1,9
Não uso medicamentos	1	1,9
Puva	1	1,9

Já fez uso de fototerapia como tratamento? Qual foi o resultado?

Sim já fiz o uso e achei o tratamento satisfatório, ajudou bastante na pigmentação das manchas.	12	21,8
Sim já fiz o uso, mas não achei que ajudo na pigmentação das manchas.	7	12,7
Não fiz o uso. Achei o tratamento com preço caro.	11	20,0
Não fiz o uso, ainda não tive a oportunidade.	25	45,5

Você já fez o uso de despigmentante para terminar de clarear todo o corpo?

Sim	2	3,6
Não	53	96,4

Fonte: Pesquisadores

Foram analisadas as questões que envolviam os primeiros sinais e sintomas da doença, tendo como alternativa “manchas brancas na pele” (94,5%; n=52), “coceira local” (18,2%; n=10), “queimação total” (9,1%; n=5), “irritação local” (3,6%; n=2), “desconforto no local” (1,8%; n=1) e a opção de “não senti nada” (7,3%; n=4), havendo a opção de marcar mais de uma alternativa. Alguns desses dados apresentados não estão associados ao número total dos participantes (n=56) devido a possibilidade de marcar mais de uma opção nas alternativas.

Quanto aos sentimentos que manifestaram ao descobrirem o vitiligo, as mais citadas foram “tristeza (69,0%; n=38)”, “vergonha (63,6%; n=35)”, “insegurança (58,2%; n=32)”, “medo (41,8%; n=23)”, “inibição (32,7%; n=18)”, e as demais respostas adentram a “não tive sentimentos desagradáveis (7,3%; n=4)” e as demais havendo (1,8%; n=1) nas respostas de “não saia de casa” e “era muito criança”.

DISCUSSÃO

Através dos dados obtidos foi possível compreender os diversos estressores que atravessam o contexto vivido pelos portadores de vitiligo.

Contudo, é importante ressaltar que além do vitiligo se caracterizar como uma doença cutânea que se caracteriza por um processo de despigmentação da pele e por formação de manchas sem cor e de diferentes tamanhos, por ter fatores agravantes associados ao estado emocional, impacta em diversos outros meios, como a percepção de si mesmo, a relação com indivíduos não portadores, envolvendo até mesmo sentimento de menos valia diante a alguma situação, gerando prejuízos emocionais e impactando na relação interpessoal e atingindo emocionalmente também aqueles que compõem a rede de apoio do portador da doença.^{7,8}

A doença do vitiligo pode acometer ambos os sexos e pode se manifestar em qualquer idade, tendo uma média de aparecimento ao redor dos 20 anos. Há alguns fatores que estão sendo associados a etiopatogenia da doença, sendo a hereditariedade, a auto imunidade e fatores ambientais⁹. O fator genético é citado, contendo pelo menos 20% dos pacientes com vitiligo e relatam ao menos um parente de primeiro grau com a doença, associa-se ao perfil apresentado e disposto pelos participantes onde 41,8% informaram que há algum ente que é portador da doença. É apresentando uma falta de consenso sobre a etiologia da doença, contudo, acredita-se que o estresse causado por fatores emocionais se relacionam com a doença, como observado na descrição dos dados, 70,9% dos participantes relatam algum fator emocional antes do diagnóstico.

A Organização Mundial de Saúde define qualidade vida como uma auto percepção do indivíduo em relação à sua posição na vida, no contexto cultural e de valores relacionados a suas metas, suas perspectivas, a seus padrões e as suas preocupações. A qualidade de vida e os efeitos psicológicos em pacientes portadores de doenças autoimunes dermatológicas apontam prejuízos relacionados à autoestima, imagem corporal e relacionamentos interpessoais, como os dados encontrados no presente pesquisa¹⁰.

No presente estudo, os relatos apresentados, apontam que ao terem o diagnóstico do vitiligo, parte dos participantes já estava vivenciando situação emocionalmente

delicada e desconfortável, na qual eles associam o momento do surgimento do vitiligo, com exceção àquelas que foram diagnosticadas na infância e não se recordam de como se deu os sentimentos diante ao próprio diagnóstico. Esses ocorridos impactam diretamente a qualidade de vida e agravam os efeitos psicológicos, em consequência aceleram os sintomas da doença. Importante ressaltar a não realização de definição dos tipos de vitiligo apresentados pela literatura, tendo em vista que o objetivo do estudo atual se baseia em avaliar a qualidade de vida dos portadores.^{7,11}

Algumas considerações apresentadas pelos participantes demonstraram a existência de alguns pontos considerados de muita importância por eles sendo um divisor no tipo de visão em relação ao modelo médico acerca da doença, no sentido de que os dados psicológicos indicam que a desfiguração cosmética pode ter sérias consequências para a vida do indivíduo, causando constrangimento social, ansiedade, vergonha, interferem na relação interpessoal, se sentem mais propícios a sofrerem situações de constrangimentos e até mesmo configuradas como preconceituosas.⁷

Por ser um fator difícil de mensurar no âmbito clínico, as causas psicológicas são consideradas como fatores estressores e desencadeadores para o aparecimentos e agravamento do vitiligo, é bem possível que este fator, dependa de um conjunto de acontecimentos vivenciado na singularidade de cada portador da doença, além dos fatores genéticos.^{7,11}

Esta condição acomete a uma discriminação social e estigmatização, resultando em muitas vezes a mudança significativas, desde a escolha das roupas, o uso do filtro solar e métodos de camuflagem cosmética das lesões, ocorrendo em outros casos até mesmo o distanciamento de eventos ou atividades ao ar livre.¹¹

As implicações do tratamento proporcionam uma significativa melhora na autoestima e na qualidade de vida do paciente, atualmente há diversos tratamentos disponíveis, com variações de efeitos colaterais e resultados estéticos, contudo, como foi observado na atual pesquisa, pode se entender diante o recorte da amostra, que ainda há por um lado uma resistência para a busca de tratamentos devido a não acessibilidade de valores disponíveis no mercado e até mesmo a oferta de um serviço especializado para tal diagnóstico, além de ter disponíveis no mercado diversas marcas e produtos estéticos,

ainda se encontram em produtos que não estão dispostos como prioritário na realidade vivenciada pela amostra pesquisada.⁸

Em relação à busca por ajuda psicológica e psiquiátrica quando necessário, adentra ao espaço de uma quebra de preconceitos que abarca o trâmite da saúde mental, onde há uma valorização e cuidados das queixas apresentadas pelos portadores da doença, importante ressaltar que há diversos motivos para a não procura por esses serviços, uma delas podendo ser o acesso dos portadores da doença a essa classe de profissionais e quando não ofertado e facilitado no sistema público, deve ser levado em conta a condição sócio econômica de cada portador da doença.⁸

Algumas questões em que o número de respostas houve redução podem estar relacionadas a algum fator que gere gatilho emocional, desta forma, não houve solicitação para que os participantes respondessem alguma pergunta que houvessem deixado em branco; podendo isso ser considerado um limite da pesquisa.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, percebe-se que nem todos os portadores lidam com a doença como um fator estressor, alguns dos participantes encontraram meio de ter uma melhor qualidade de vida, mesmo acometidos com a doença, através de suas redes de apoio, como familiares, amigos e buscando meios de cuidados que estão ao alcance.

Entende-se a necessidade de estudos com uma amostra populacional maior e com mais diversidade de localização, a fim de comparar as diferentes classes sociodemográficas, a sazonalidade em períodos de verão e inverno e observar uma certa progressão da doença, tendo associado ao estresse emocional, sendo este sintoma, como componente que favorece o aparecimento do vitiligo. Além de um meio de divulgação de conhecimentos tanto por parte de profissionais da área de saúde, quanto ao conhecimento da população, no intuito de ampliar meios de intervenção para aprimorar meio de convivência qualificada com a doença, o próprio processo de diagnóstico e tratamento e desmistificar o tabu que envolve a própria doença.

REFERÊNCIAS

1. Boniface K, Seneschal J, Picardo M, Taiéb A. Vitiligo: focus on clinical aspects, immunopathogenesis, and therapy. *Clin Rev Allergy Immunol*, v.54, n.1, p.52-67, 2018.
2. Speeckaert R, Van geel N. Vitiligo: an update on pathophysiology and treatment options. *Am J Clin Dermatol*, v.18, n.6, p.733-44, 2017.
3. Bae JM, Jung HM, Hong BY, Lee JH, Choi WJ, Lee JH, *et al*. Phototherapy for vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol*, v.153, n.7, p.666-74, 2017.
4. Roberts GHL, Santorico SA, Sritz RA. A arquitetura genética do vitiligo. *Pigment Cell Melanoma Res*, v.3, n.3, p. 8-15, 2020.
5. Santos, SA.; Santos, CN.; Silva, JM. da. A influência da emoção com o desenvolvimento da doença Vitiligo. *Diversitas jornal*, Santana do Ipanema/AL. vol. 3, n. 2, p. 289-244, mai./ago. 2018.
6. Mendes Neto AT, Silva VS, Rodrigues MD, Pinto FO. Vitiligo: o problema que não está apenas na pele. *Reinpec*, v.1, n.2, p.250–288, 2017.
7. Ludwig MWB, Oliveira MS, Muller MC, Gonçalves AMBF. (2008). Localização da lesão e níveis de stress em pacientes dermatológicos. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 343-352.
8. Nogueira LSC, Zancanaro PCQ e Azambuja RD. Vitiligo e emoções. *Anais Brasileiros de Dermatologia* [online]. 2009, v. 84, n. 1 [Acessado 8 de Novembro de 2022], pp. 41-45. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0365-05962009000100006>>. Epub 23 Jun 2009. ISSN 1806-4841. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962009000100006>.
9. Steiner D, Valcinir B, Moraes MB., Villas RT., Steiner T. Vitiligo. *Anais Brasileiros de Dermatologia* [online]. 2004, v. 79, n. 3 [Acessado 8 de Novembro de 2022], pp. 335-351. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0365-05962004000300010>>. Epub 05 Ago 2004. ISSN 1806-4841. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962004000300010>.
10. Correia KML, Borloti E. Convivendo com o vitiligo: uma análise descritiva da realidade vivida pelos portadores. *Acta comport*. Guadalajara, v. 21, n. 2, p. 227-240, 2013.
11. Ludwig MWB. (2007). O adoecimento da pele: um estudo de qualidade de vida, estresse e localização da lesão dermatológica. *Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul*.

CAPÍTULO X

MEDICINA DE EMERGÊNCIA: UMA VISÃO GERAL

Igo Feitosa dos Santos

Flávia Karoline Souza da Silva

Ingrid Nunes da Rocha

Francisco Lucas Bonfim Loureiro

DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2023.02-10

A medicina de emergência é uma especialidade médica dedicada ao diagnóstico e tratamento de condições médicas agudas e potencialmente ameaçadoras à vida. Compreender os princípios fundamentais da medicina de emergência é essencial para profissionais de saúde que trabalham em departamentos de emergência e outros ambientes de cuidados agudos (GUIMARÃES et al., 2020).

Conforme definido pelo dicionário Aurélio, emergência é uma situação crítica, perigosa ou incidente que requer atenção imediata. Já urgência se caracteriza por algo que precisa ser realizado rapidamente, sem demora. Quando aplicamos essas definições ao contexto da área da saúde, elas se relacionam com a rotina dos profissionais de saúde. Em um contexto médico, emergência se refere a um quadro clínico com risco iminente de vida, que requer diagnóstico e tratamento logo após a identificação. Por outro lado, urgência é utilizada para descrever um processo agudo, seja clínico ou cirúrgico, que não apresenta risco imediato de morte (MOURA; DE CARVALHO; DE BARROS, 2018).

Este capítulo fornece uma visão geral dos aspectos científicos da medicina de emergência, incluindo os principais princípios e abordagens utilizados no atendimento de pacientes em situações críticas.

TRAUMA E EMERGÊNCIA MÉDICA

O trauma é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. A resposta rápida e efetiva ao trauma é essencial para maximizar as chances de sobrevivência do paciente. Neste contexto, a medicina de emergência desempenha um papel fundamental, fornecendo cuidados imediatos, estabilização e encaminhamento para tratamento definitivo. Este segmento discute os princípios-chave do atendimento ao

trauma, incluindo a avaliação inicial, identificação de lesões potencialmente fatais e técnicas de ressuscitação (DA SILVA et al., 2021).

O atendimento ao trauma é um campo emergente na medicina que se concentra no tratamento imediato e eficaz de pacientes com lesões graves. O objetivo principal é estabilizar o paciente e fornecer cuidados iniciais para maximizar as chances de sobrevivência (SALDIVAR et al., 2022).

A avaliação inicial é o primeiro passo crítico no atendimento ao trauma. Os profissionais de saúde devem seguir um protocolo específico, conhecido como ABCDE, que significa "A - vias aéreas com controle da coluna cervical; B - respiração e ventilação; C - circulação com controle de hemorragias; D - avaliação neurológica e - exposição/disponibilidade para examinar o corpo todo". Isso garante que nenhuma lesão potencialmente fatal seja negligenciada e que as intervenções prioritárias sejam realizadas imediatamente (GOMES; MACHADO; MACHADO, 2022).

Durante a avaliação inicial, o médico deve procurar por lesões potencialmente fatais, como hemorragias graves, pneumotórax tensional, tamponamento cardíaco, lesões cerebrais ou da medula espinhal. Essas lesões devem ser tratadas imediatamente para evitar a deterioração do estado do paciente e prevenir a morte (GOMES; MACHADO; MACHADO, 2022).

Uma vez que as lesões potencialmente fatais tenham sido identificadas e tratadas, a ressuscitação é o próximo passo crucial no atendimento ao trauma. Isso inclui a administração de fluidos intravenosos, transfusões de sangue, intubação endotraqueal e ventilação mecânica, se necessário. É importante monitorar continuamente os sinais vitais do paciente e ajustar a terapia de ressuscitação conforme necessário (PAIN et al., 2019).

Além disso, a medicina de emergência desempenha um papel importante no encaminhamento do paciente para o tratamento definitivo. Isso pode incluir a transferência para uma unidade de trauma, cirurgia, terapia intensiva ou outros serviços especializados, dependendo das lesões e necessidades individuais do paciente (MACORITTO et al., 2022).

Em resumo, o atendimento ao trauma é uma parte essencial da medicina de emergência e desempenha um papel crucial na maximização das chances de sobrevivência do paciente. A avaliação inicial, identificação de lesões potencialmente fatais e técnicas de ressuscitação são princípios fundamentais deste campo. A medicina de emergência também tem a responsabilidade de encaminhar adequadamente o paciente para o tratamento definitivo, garantindo uma abordagem coordenada e uma comunicação eficaz entre a equipe médica.

CARDIOVASCULARES EMERGENTES

As doenças cardiovasculares são uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Em situações emergenciais, como infarto agudo do miocárdio ou arritmias cardíacas graves, a intervenção oportuna é crucial. Este segmento aborda as estratégias de avaliação e tratamento para doenças cardiovasculares emergentes, incluindo o uso de medicamentos trombolíticos, procedimentos de revascularização coronariana e manejo de arritmias cardíacas potencialmente fatais (DE MENESES; COSTA; MANSO, 2021).

Uma das estratégias de avaliação utilizadas em situações emergenciais é a realização de exames de imagem, como o eletrocardiograma (ECG), que permite identificar alterações no ritmo cardíaco e sinais de um infarto agudo do miocárdio. Além disso, a medida dos níveis séricos de biomarcadores cardíacos, como a troponina, é essencial para o diagnóstico e estratificação do risco do paciente (DE REDAÇÃO; NICOLAU, 2021).

No tratamento das doenças cardiovasculares emergentes, os medicamentos trombolíticos desempenham um papel fundamental. Essas drogas têm a capacidade de dissolver rapidamente o coágulo que está obstruindo a artéria coronária, restabelecendo o fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco. No entanto, seu uso requer cuidados e critérios específicos, uma vez que podem aumentar o risco de hemorragias (FERNANDES et al., 2022).

Outra estratégia importante é a revascularização coronariana, que consiste em restabelecer o fluxo sanguíneo nas artérias coronárias obstruídas. Isso pode ser feito por meio de procedimentos invasivos, como a angioplastia coronariana com implante de

stent, que permite a dilatação da artéria e a manutenção da patência através de um dispositivo metálico (ALVES et al., 2021).

O manejo de arritmias cardíacas potencialmente fatais também é essencial em situações emergenciais. A cardioversão elétrica é frequentemente utilizada para restabelecer o ritmo cardíaco normal em casos de arritmias graves, como a fibrilação ventricular. Além disso, a administração de medicamentos antiarrítmicos pode ser necessária para controlar a frequência cardíaca e prevenir a recorrência das arritmias (ACORDE FILHO; JUNIOR; SOUSA; SILVA., 2022).

ABORDAGEM ÀS EMERGÊNCIAS RESPIRATÓRIAS

Distúrbios respiratórios, como insuficiência respiratória aguda, obstrução das vias aéreas e pneumotórax, podem apresentar risco imediato à vida do paciente. Esta seção explora os princípios da gestão de emergências respiratórias, incluindo técnicas de ventilação e intubação, reconhecimento de comprometimento das vias respiratórias e abordagens terapêuticas para melhorar a oxigenação e ventilação do paciente (SANTOS, 2023).

A gestão adequada dos distúrbios respiratórios é crucial para garantir a sobrevivência do paciente. Uma das técnicas mais utilizadas é a ventilação, que pode ser realizada de forma não invasiva ou invasiva. Na ventilação não invasiva, são utilizadas máscaras faciais ou nasais para fornecer suporte respiratório, através do fornecimento de pressão positiva nas vias respiratórias. Isso ajuda a melhorar a oxigenação e a ventilação, aliviando a sobrecarga do trabalho respiratório (SANTOS, 2020).

Em casos mais graves, quando há obstrução das vias aéreas ou insuficiência respiratória aguda severa, pode ser necessária a intubação endotraqueal. Nesse procedimento, um tubo é inserido na traqueia do paciente para permitir o acesso direto ao sistema respiratório. Isso permite o controle total da ventilação e oxigenação, além de possibilitar a administração de medicamentos inalados ou intravenosos (FRAZÃO et al., 2020).

O reconhecimento precoce do comprometimento das vias respiratórias é fundamental para a gestão adequada das emergências respiratórias. Sinais como

dificuldade respiratória intensa, diminuição da saturação de oxigênio, cianose (coloração azulada da pele), alteração do nível de consciência e uso de músculos acessórios para respirar devem ser prontamente identificados e tratados de forma rápida e eficaz (GALEGO et al., 2021).

Além disso, é essencial considerar abordagens terapêuticas para melhorar a oxigenação e ventilação do paciente. Isso pode incluir a administração de oxigênio suplementar, ajustes na posição do paciente para facilitar a respiração e a utilização de dispositivos de assistência respiratória, como a ventilação mecânica (DA SILVA et al., 2019).

No entanto, é importante ressaltar que a gestão de emergências respiratórias deve ser realizada por profissionais de saúde treinados e experientes, com conhecimentos específicos e habilidades técnicas adequadas. O atendimento rápido e adequado dessas situações pode ser crucial para a sobrevivência do paciente.

EMERGÊNCIAS NEUROLÓGICAS

As emergências neurológicas, como acidente vascular cerebral e traumatismo crânioencefálico grave, exigem intervenção imediata para prevenir danos cerebrais adicionais. Este segmento discute aspectos críticos do atendimento a pacientes com emergências neurológicas, incluindo a avaliação inicial, identificação de sinais de alerta precoce, estratégias de estabilização e uso de terapias neuroprotetoras.

são fundamentais para garantir a melhor chance de recuperação para o paciente: avaliação inicial de um paciente com uma emergência neurológica deve incluir uma história detalhada dos sintomas, exame físico, testes laboratoriais e exames de imagem, como tomografia computadorizada ou ressonância magnética (PACOVISKA et al., 2022). O objetivo dessa avaliação é identificar a causa subjacente da emergência, determinar a gravidade do dano cerebral e guiar o tratamento subsequente.

Alguns sinais de alerta precoce de emergências neurológicas incluem alterações cognitivas repentinas, perda de consciência, fraqueza ou paralisia súbita, dor de cabeça grave e persistente, convulsões, vômitos persistentes e alterações na fala ou visão.

Reconhecer esses sinais precocemente é essencial para acionar a equipe médica especializada e iniciar o tratamento imediato (ANGÉLICO, 2021).

As estratégias de estabilização visam manter os sinais vitais dentro de parâmetros adequados e prevenir complicações adicionais. Isso pode envolver o controle da pressão arterial, administração de oxigênio suplementar, controle da glicose no sangue e monitoramento contínuo dos sinais vitais. Em casos de traumatismo crânioencefálico grave, é necessário garantir uma via aérea permeável e um adequado suprimento de oxigênio para o cérebro (DE MELO BARROS, 2023).

Além disso, a utilização de terapias neuroprotetoras pode ajudar a reduzir os danos cerebrais adicionais. Isso inclui o controle da pressão intracraniana, administração de medicamentos neuroprotetores e o monitoramento contínuo da função cerebral por meio do uso de eletroencefalograma, por exemplo. Essas terapias têm como objetivo minimizar a inflamação, diminuir a pressão intracraniana e proteger o tecido cerebral de danos irreversíveis.

Em resumo, o atendimento a pacientes com emergências neurológicas requer uma abordagem multidisciplinar e rápida. A avaliação inicial precisa ser detalhada e direcionada para identificar a causa subjacente da emergência. Reconhecer sinais de alerta precoce e estabilizar o paciente são essenciais para prevenir danos cerebrais adicionais. O uso adequado de terapias neuroprotetoras também desempenha um papel importante na redução dos danos cerebrais.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

A medicina de emergência está sujeita a questões éticas e legais complexas, como consentimento informado, manutenção da privacidade do paciente e tomada de decisão baseada em capacidade (KRETZER et al., 2020). Esta seção discute as considerações éticas e legais relevantes para a prática da medicina de emergência e enfatiza a importância de manter altos padrões éticos durante a prestação de cuidados em emergências.

A prática da medicina de emergência envolve uma série de considerações éticas e legais que os profissionais devem levar em conta para garantir uma assistência adequada

aos pacientes. Além disso, é essencial manter altos padrões éticos durante a prestação de cuidados em situações emergenciais, especialmente quando se lida com vidas em risco.

Uma das considerações éticas fundamentais é o princípio da autonomia do paciente. Os médicos de emergência devem respeitar a capacidade do paciente de tomar decisões informadas sobre seu tratamento, sempre buscando obter seu consentimento antes de realizar qualquer procedimento em situações que não apresentem perigo iminente de morte ou incapacitação. No entanto, em emergências que envolvam pacientes incapazes de tomar decisões, é necessário seguir diretrizes éticas e legais para a tomada de decisões em seu melhor interesse (MOURA et., 2020).

Outro princípio ético importante a ser considerado na medicina de emergência é a justiça. Os médicos devem fazer o possível para garantir uma distribuição equitativa de recursos limitados, evitando a discriminação e o favorecimento indevido de certos pacientes. Isso se torna particularmente relevante em situações de catástrofes, onde os recursos médicos são escassos e decisões difíceis de triagem devem ser tomadas com base em critérios transparentes e objetivos (MARCHINI; SILVA, 2022).

Além dessas considerações éticas, existem aspectos legais que os médicos de emergência devem levar em conta durante a prática. Isso inclui o cumprimento das diretrizes profissionais e protocolos estabelecidos para a medicina de emergência, bem como o respeito às leis de privacidade e confidencialidade dos pacientes. As informações médicas dos pacientes devem ser manuseadas com cuidado e só devem ser compartilhadas com outros profissionais de saúde envolvidos no tratamento, garantindo a privacidade e a segurança dos dados do paciente (KRETZER et al., 2020).

Outra consideração legal importante é a proteção contra processos de responsabilidade médica. Os médicos de emergência devem estar cientes das leis e regulamentos relacionados à prática médica em emergências e tomar medidas para minimizar o risco de erros médicos e, assim, possíveis ações legais (MINAHIM et al., 2020).

Em resumo, compreender as considerações éticas e legais é fundamental para a prática da medicina de emergência. Os profissionais devem manter altos padrões éticos, respeitando a autonomia do paciente, buscando a justiça na distribuição de recursos limitados e cumprindo todas as leis e regulamentos aplicáveis. Isso garantirá que os

pacientes recebam os cuidados adequados durante emergências médicas e protegerá os profissionais de possíveis implicações éticas e legais.

CONCLUSÃO

A medicina de emergência é crucial para a sobrevivência dos pacientes em situações críticas. O atendimento rápido e adequado pode fazer a diferença entre a vida e a morte. Para garantir o melhor cuidado aos pacientes, é necessário que haja coordenação entre a equipe médica e uma comunicação eficaz.

Além disso, a prática da medicina de emergência também envolve considerações éticas e legais importantes, que devem ser levadas em conta em todas as decisões tomadas durante o tratamento dos pacientes. A atualização constante com base em artigos científicos é fundamental para a melhoria contínua dos padrões éticos e qualitativos na prestação de cuidados em emergências.

REFERÊNCIAS

- ARCOVERDE FILHO, Aluisio Ferraz; JUNIOR, Marcos Aurélio Lima Barros; SOUSA, David Breno SILVA. Arritmias supraventriculares: Uma revisão de literatura. *Santé-Cadernos de Ciências da Saúde*, v. 1, n. 1, p. 38-48, 2022.
- ALVES, Victor Marccel Lino et al. Angioplastia versus cirurgia de revascularização miocárdica no tratamento da doença da artéria coronária esquerda: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 5, p. 21204-21217, 2021.
- ANGÉLICO, Mónica Salomé Carvalho Fernandes. Fatores de risco e sinais de alerta do acidente vascular cerebral: conhecimentos do cidadão comum. 2021. Tese de Doutorado.
- DA SILVA, Karoline Lourenço et al. Manejo da Ventilação Mecânica na Síndrome do Desconforto Respiratório Infantil/Ventilatory Management in Child Respiratory Disorder Syndrome. ID on line. *Revista de psicologia*, v. 13, n. 45, p. 557-570, 2019.
- DA SILVA COSTA, Ketyllem Tayanne et al. Avaliação das causas externas de morbidade e mortalidade da faixa etária de 0 a 1 ano no nordeste brasileiro. *Revista Ciência Plural*, v. 7, n. 1, p. 57-71, 2021.
- DE MELO BARROS, João Paulo. Papel do enfermeiro extra-hospitalar na abordagem à criança com convulsões. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, v. 13, n. 41, p. 186-197, 2023.
- DE REDAÇÃO, Comitê; NICOLAU, José Carlos. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST-2021. *Arq Bras Cardiol*, v. 117, n. 1, p. 181-264, 2021.

DE MENESES, Fernanda Belem Lopes; COSTA, Larissa Silva; MANSO, Maria Elisa Gonzalez. Doenças emergentes e reemergentes: impactos para a população idosa. Revista Longeviver, 2021.

GALEGO, Patrícia Marina et al. Síndrome da hipoventilação central congênita: estudo de caso. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 8, p. e8544-e8544, 2021.

GUIMARÃES, Hélio Penna et al. Coronavírus e Medicina de Emergência: Recomendações para o atendimento inicial do Médico Emergencista pela Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE). São Paulo: AMIB, p. 1-16, 2020.

GOMES, Leny Martins Costa; MACHADO, Renata Evangelista Tavares; MACHADO, Daniel Rodrigues. Hemorragia exsanguinante: uma introdução importante na avaliação primária do trauma. Revista Científica UNIFAGOC-Saúde, v. 6, n. 2, p. 75-87, 2022.

KRETZER, Lara et al. Recomendações da Amib (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), Abramede (Associação Brasileira de Medicina de Emergência), SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por covid-19 [Internet]. São Paulo: Amib, 2020.

FRAZÃO, Danielle Arabi Lopes et al. Prevalência de intubação orotraqueal no serviço de emergência em hospital secundário do Distrito Federal. Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 6, p. 39137-39148, 2020.

FERNANDES, Lorena Figueiredo et al. Uso de lipossomas com angiotensina-(1-7) para o tratamento de acidente vascular encefálico. 2022.

MARCHINI, Julio Flávio Meirelles; SILVA, Diego Adão Fanti. Aspectos Éticos na Formação do Emergencista. JBMEDE-Jornal Brasileiro de Medicina de Emergência, v. 2, n. 2, p. e22008-e22008, 2022.

MACORITTO, Sebastian Santacruz et al. Internato em Urgência e Emergência do SUS. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso.

MINAHIM, Maria Auxiliadora et al. A autonomia na relação médico-paciente: breves considerações. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 9, n. 1, p. 85-95, 2020.

MOURA, Ananda Cristine Amador de et al. Estratégias de ensino-aprendizagem para formação humanista, crítica, reflexiva e ética na graduação médica: revisão sistemática. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 44, 2020.

MOURA, Andressa; DE CARVALHO, João Paulo Garcia; DE BARROS SILVA, Marcos Aurélio. Urgência e emergência: conceitos e atualidades. Saúde & Conhecimento- Jornal de Medicina Univag, v. 1, 2018.

SALDIVAR, Yves Adrian Silva et al. Internato Médico em Urgência e Emergência do SUS: Relatório sobre as Vivências no Contexto Hospitalar em Urgência e Emergência do Curso de Medicina em Foz de Iguaçu-PR. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso.

SANTOS, Mariana Silva dos. Comparação das variáveis respiratórias após utilização de ventilação mecânica não invasiva (VNI) por meio do Bilevel Positive Airway Pressure (BIPAP). 2023.

SANTOS, Pedro Miguel Casal dos. Programa de reeducação funcional respiratória no doente crítico submetido a ventilação não invasiva. 2020. Dissertação de Mestrado.

PACOVSKA, Alana Andrade et al. Internato em Urgência e Emergência: Relato de uma Estudante sobre o Sistema de Saúde em Foz do Iguaçu. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso.

PAIN, Margaret et al. 3 Monitoramento Cerebral Multimodal Invasivo. Emergências Neurocirúrgicas, 2019.

CAPÍTULO XI

FUNDAMENTOS DA CLÍNICA MÉDICA

Igo Feitosa dos Santos

Flávia Karoline Souza da Silva

Ingrid Nunes da Rocha

Francisco Lucas Bonfim Loureiro

DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2023.02-11

A clínica médica é uma das áreas mais fundamentais no cuidado e tratamento de pacientes. Ao longo da história, a clínica médica tem evoluído significativamente. No passado, a prática clínica baseava-se principalmente na observação dos sintomas e no julgamento clínico do médico. No entanto, com o avanço da medicina, especialmente com o surgimento da medicina baseada em evidências, a abordagem científica passou a desempenhar um papel cada vez mais importante (CARVALHO, 2016).

A abordagem científica na prática clínica implica em avaliar e utilizar as melhores evidências disponíveis para tomar decisões médicas. Isso envolve a análise crítica de estudos e pesquisas científicas, levando em consideração a qualidade e confiabilidade das informações. A prática clínica baseada em evidências permite uma tomada de decisão mais embasada e uma maior probabilidade de êxito nos tratamentos (ATALLAH, 2018).

Além disso, a clínica médica também se baseia em princípios éticos e humanísticos. Isso significa que os médicos devem agir de forma ética, respeitando os direitos e a dignidade dos pacientes. Um tratamento adequado não se resume apenas a gerenciar condições médicas, mas também a levar em consideração o bem-estar psicológico e social dos pacientes (BORGES et al., 2015).

Neste capítulo, vamos explorar os principais fundamentos que compõem essa disciplina, desde a história da clínica até os conceitos atuais que a sustentam. Além disso, discutiremos a importância da abordagem científica na prática clínica, destacando a necessidade de uma avaliação rigorosa das evidências científicas para embasar as decisões médicas.

HISTÓRIA DA CLÍNICA MÉDICA

A história da clínica médica remonta aos primórdios da medicina. Desde a Grécia Antiga, os médicos têm se debruçado sobre o estudo dos sintomas e sinais apresentados pelos pacientes, buscando identificar doenças e propor tratamentos. Hipócrates, considerado o pai da medicina moderna, já destacava a importância de uma observação cuidadosa do paciente e a utilização de técnicas de exame físico para o diagnóstico clínico (BAGIO et al., 2022).

A clínica médica é uma área fundamental dentro da medicina, pois se baseia na relação direta entre médico e paciente. Através do estudo dos sintomas e sinais apresentados pelo paciente, é possível realizar o diagnóstico e propor o tratamento adequado para cada caso.

No decorrer da história, a clínica médica passou por diversos avanços e transformações. No século XIX, com o desenvolvimento da medicina científica, a clínica ganhou importância como método de investigação e observação dos pacientes. Nesse período, surgiram as primeiras clínicas especializadas, como as clínicas de cardiologia e as clínicas de dermatologia, por exemplo.

Com o passar do tempo, a clínica médica foi se consolidando como uma especialidade autônoma. Hoje em dia, é uma das especialidades mais abrangentes, que abarca diversas áreas, como a cardiologia, a pneumologia, a endocrinologia, entre outras. Além disso, ela também se relaciona com outras áreas, como a epidemiologia, a bioética e a medicina baseada em evidências. Essas áreas auxiliam na prática clínica, fornecendo subsídios para a tomada de decisões médicas.

Atualmente, a clínica médica busca cada vez mais a integração entre diferentes especialidades médicas, visando um atendimento mais completo e multidisciplinar ao paciente. Através da troca de informações e do trabalho em equipe, é possível garantir um diagnóstico mais preciso e um tratamento mais eficaz.

Em resumo, a história é marcada por avanços significativos, que permitiram o diagnóstico e o tratamento de diversas doenças ao longo dos séculos. A relação médico-paciente é o cerne da clínica, e através dela é possível oferecer cuidados de saúde individualizados e eficazes.

A EVOLUÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Com o avanço da ciência e da tecnologia, a prática clínica também evoluiu. A introdução de exames laboratoriais, radiologia e outras modalidades de imagem contribuíram para uma melhor compreensão das doenças e aprimoraram o diagnóstico clínico. Além disso, surgiram novas especialidades médicas que se aprofundaram em áreas específicas do conhecimento, permitindo uma abordagem mais especializada e eficiente dos casos clínicos.

A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM CIENTÍFICA

A prática clínica deve ser baseada em evidências científicas sólidas. Isso significa que as decisões médicas devem ser embasadas em estudos clínicos bem conduzidos, revisões sistemáticas e meta-análises. A abordagem científica garante que as condutas médicas adotadas tenham uma base sólida e sejam capazes de proporcionar os melhores resultados possíveis.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Para entender a importância da abordagem científica na prática clínica, é fundamental compreender o conceito de evidências clínicas e medicina baseada em evidências. As evidências clínicas referem-se aos estudos científicos que investigam a eficácia e segurança de intervenções médicas. Já a medicina baseada em evidências é o processo de integrar essas evidências com a experiência clínica e as preferências do paciente para tomar decisões clínicas informadas.

AVALIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE EVIDÊNCIAS

A avaliação de evidências é um processo rigoroso que envolve a identificação de estudos relevantes, a análise do seu desenho metodológico, a avaliação da qualidade dos dados e a síntese dos resultados. Com base na avaliação das evidências, os médicos podem tomar decisões clínicas embasadas em dados confiáveis.

Apesar da importância da abordagem científica na prática clínica, é válido ressaltar que nem todas as questões clínicas têm evidências científicas robustas disponíveis. Nesses casos, a experiência clínica e o julgamento do médico desempenham um papel significativo na tomada de decisão.

CONCLUSÃO

A clínica médica é uma disciplina fundamental para o diagnóstico e tratamento de pacientes. A abordagem científica na prática clínica é essencial para garantir que as decisões médicas sejam embasadas em evidências confiáveis. A medicina baseada em evidências é uma abordagem que integra as informações obtidas por meio de pesquisas científicas com a experiência clínica e as preferências do paciente. Assim, é possível oferecer o melhor cuidado possível, baseado nas melhores evidências disponíveis.

REFERÊNCIAS

- ATALLAH, A. N. Medicina baseada em evidências. *Diagn Tratamento*, v. 23, n. 2, p. 43-4, 2018.
- BAGIO, Tony Maronesi et al. Resgatando a importância dos relatos de caso na Medicina. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, v. 20, n. 1, p. 49-54, 2022.
- BORGES, Marcos C. et al. Ensino clínico em cenários reais de prática. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 48, n. 3, p. 249-256, 2015.
- CARVALHO, Sergio Resende. Clínica médica, saúde pública e subjetividade: conversas com David Armstrong. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, p. 497-508, 2016.

SOBRE AS ORGANIZADORAS

LAGO, Eliana Campêlo: Odontóloga pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Bacharel em Direito pela UniFACID WYDEN. Pós-doutorado - Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical da Universidade de Brasília-UNB. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Morfologia e Imunologia Aplicada – NuPMIA-UNB. Doutora em Biotecnologia pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Mestre em Clínicas Odontológicas pela Universidade Federal do Pará-UFPA. Especialista em Odontopediatria pela Universidade Federal do Pará-UFPA. Especialista em Implantodontia pela Associação Brasileira de Cirurgiões-dentistas-ABCD-PI. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Pará-UEPA. Especialista em Enfermagem do Trabalho pelas Faculdades Integradas São Camilo CEDAS-SP. Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Biodiversidade, Ambiente e Saúde- PPGBAS e da graduação do Departamento de Enfermagem -Universidade Estadual do Maranhão-UEMA. Secretária Municipal da Juventude-SEMJUV – Teresina- Piauí. E-mail: anaileogal@gmail.com

QUEIROZ, Viviane Cordeiro de: Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB), na Linha de Pesquisa Políticas e Práticas do cuidar em enfermagem e saúde. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade IBRA/MG. Pós-graduanda em Auditoria de Serviços em Enfermagem pela DNA-Pós. Graduada em Enfermagem pela FACENE/FAMENE-PB. Diretora Financeira da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN-Seção Paraíba) (2023-2025). Membro integrante do Grupo de Pesquisa em Doenças Crônicas (GPDOC/UFPB/CNPq) certificado pelo CNPq. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Agravos Infecciosos e Qualidade de Vida (NEPAIQV/UFPB/CNPq) certificado pelo CNPq. Graduada em Fonoaudiologia pelo Centro Universitário de João Pessoa UNIPÊ.

SOBRE OS AUTORES

AGUIAR, Kelly Glayce Desterro: Centro Universitário Maurício de Nassau - São Luís – MA. E-mail: kellyglayce21@hotmail.com

ALMEIDA, Dayana Sampaio de: Enfermeira, Especialista em Doação captação e transplantes de órgãos e tecidos. Universidade Estadual da Paraíba/UEPB. E-mail: samp.dayana@gmail.com

ALVES, Salmana Rianne Pereira: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança –FACENE; <http://lattes.cnpq.br/6062647737612940>; <http://orcid.org/0000-0002-4472-2289>. E-mail: salmana.alves@facene.com.br

AMORIM, Ítala Apoliana Guimarães: Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros-MG

ANDRADE, Smalyanna Sgren da Costa: Professora Doutora, Faculdades de Enfermagem Nova Esperança. E-mail: smalyanna@hotmail.com

ANJOS, Luiza Eulálio Fagundes dos: Centro Universitário Norte de Minas-Funorte, Montes Claros-MG.

ARRUDA, Mariana Oliveira: Centro Universitário Maurício de Nassau - São Luís – MA. E-mail: mariana_o.arruda@yahoo.com.br

CUNHA, José Danilo Braga da: Especialização em Auditoria em Saúde. Faculdade Acesita de Timóteo, ACESITA, Brasil. <http://orcid.org/0009-0005-0424-9510>; <http://lattes.cnpq.br/3936462665726058>; E-mail: danilocunhacuru@gmail.com

FERREIRA, Maria das Graças Nogueira: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança –FACENE; <http://lattes.cnpq.br/5586403434419422>; 0000-0002-8041-374X; E-mail: Gau.ferreira@hotmail.com

LEITE, Mara Alana Da Silva Sales: Unifatecie. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/4241600149666513>; Orcid: <http://orcid.org/0009-0007-8581-4378>; E-mail: alanabarbalha@hotmail.com

LEITE, Matheus Costa: leite.matheuscosta@gmail.com

LIMA, Ivana Maria Medeiros de: Faculdade de Ciência de Timbaúba –FACET; <http://lattes.cnpq.br/2161641598877625>; <http://orcid.org/0009-0006-0396-5416>; E-mail: ivanamlima@gmail.com

LOUREIRO, Francisco Lucas Bonfim: Graduado em medicina pela Universidade do Estado do Pará. E-mail: FranciscoloureiroLucas@gmail.com

MAGALHÃES, Tatiana Almeida de: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre-RS.

MARTINS, Leandra Ferreira Aroucha: Centro Universitário Maurício de Nassau - São Luís – MA. E-mail: leandraaroucha@hotmail.com

MARTUSCELLI, Érika Fernanda Sales: Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros-MG

MATOS, Clarice Ribeiro de Oliveira: Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros-MG

NASCIMENTO, Jairo Evangelista: Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros-MG

OLIVEIRA, Gillyanna Karla Santana de: E-mail: gillyannasantana@gmail.com

OLIVEIRA, Simone Helena dos Santos: Professora Doutora, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. E-mail: simonehsoliveira@gmail.com

PACHECO, João Paulo Rodrigue: Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros-MG.

PENHA, Carlos Eduardo de Souza: Centro Universitário Maurício de Nassau - São Luís – MA. E-mail: kdupenha@gmail.com

PENHA, Karla Janilee de Souza: Centro Universitário Maurício de Nassau - São Luís – MA. E-mail: karlajanilee@outlook.com

PEREIRA, Gessiane Beata Carvalho: Centro Universitário Norte de Minas-Funorte, Montes Claros-MG.

PESSOA, Juliana dos Santos: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE; <http://lattes.cnpq.br/2977685747580595>; <http://orcid.org/0000-0001-6701-0295>. E-mail: juliannap38@gmail.com

QUEIROZ, Viviane Cordeiro de: Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba/UFPB. E-mail: vivicordeiroqueiroz35@gmail.com

REIS, Fernando Augusto Boa Sorte: nandoboasorte@hotmail.com

ROCHA, Ingrid Nunes da: Graduada em medicina Pela Universidade Estadual do Pará. E-mail: ingrid_nunesr@hotmail.com

RODRIGUES, Amanda Maria da Silva: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança –FACENE; <http://lattes.cnpq.br/9277463604325185>; <http://orcid.org/0000-0003-4785-8787>. E-mail: amandarodrigues1020@gmail.com

SANTOS, Anderson Felix dos: Universidade Federal de Pernambuco –UFPE; <http://lattes.cnpq.br/3904039838912177>; <http://orcid.org/0000-0001-6622-3934>. E-mail: andersonfelixsantoafs@gmail.com

SANTOS, Igo Feitosa dos: Graduado em medicina Pela Universidade do Estado do Pará. E-mail: igo_feitosa@hotmail.com

SANTOS, Jeovanna Kelly Freire dos: E-mail: jeovannakelly11@gmail.com

SANTOS, Reidson Stanley Soares dos: Centro Universitário Maurício de Nassau - São Luís – MA. E-mail: reidsonstanley@hotmail.com

SILVA FILHO, Andrey Mota: andreymsf@hotmail.com

SILVA, Amanda Benício da: E-mail: amandabeniciojp@gmail.com

SILVA, Flávia Karoline Souza da: Graduada em medicina Pela Universidade Estadual do Pará. E-mail: flaviakarolinesouza@gmail.com

SILVA, Mirian Alves da: Professora Doutora, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. E-mail: miads.enf@gmail.com

SILVA, Robson Alves da: E-mail: robsonurse@gmail.com

SOARES, Wellington Danilo: Centro Universitário Norte de Minas-Funorte, Montes Claros-MG.

SOUZA, Janice Maria Lopes de: Centro Universitário Maurício de Nassau - São Luís – MA. E-mail: janicemls@hotmail.com

TORRES, Luana Souza: luanas_storres@yahoo.com

VIEIRA, Renata Souza Leite: Centro Universitário Norte de Minas-Funorte, Montes Claros-MG. E-mail: renata.leite@funorte.edu.br