

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança



Volume 15, Número 01, Ano 2017



**Faculdades Nova
Esperança**
De olho no futuro



OCULAR COMPLICATIONS OF LEPROSY

Complicações oculares da lepra

Aganeide Castilho Palitot¹

Alcides da Silva Diniz²

Maria Isabel Lynch Gaete²

Ricardo Arraes de Alencar Ximenes²

ABSTRACT

Leprosy still constitutes a public health problem due to ocular complications. To expose the ocular complications of leprosy, through integrative review, contributing to practice objectivity to help changing attitudes of health professionals in relation to leprosy patients, according to the World Health Organization Vision 2020 Program. The authors conducted a critical integrative review employing inclusion criteria: the research has been published between 1930 and 2013 and be restricted to ocular complications of leprosy, been provided the inclusion of other aspects relate to the disease. Without limiting the search to English language, one employed the descriptors [leprosy], [eye], [ocular], [Hansen's disease], [*Mycobacterium leprae*] associated to [sequela], [complications] e [deformity], linked by Boolean connectors AND/OR, applied to MedLine, SCIELO, Lilacs, Scopus. EBSCO, Cochrane and Google Scholar database, using the program JabRef[®], version 2.9.2. We found 387 publications, 33 of which were part of the review. Among the ocular complications, lagophthalmos, cataract, uveitis, blindness and iris changes were most frequent, with variable prevalence according to patient age, disease duration, place of study and level of detail of the eye examination. There was consensus that the prevalence of ocular complications can be reduced with the introduction of ophthalmic examination from diagnosis and after completion of multidrug therapy. Ocular complications are still worrying thus health professionals should refer these patients to ophthalmologic exam.

Keywords: Leprosy. Ophthalmology. Leprosy/complications

1 PhD, MD, Federal University of Paraíba, Faculty of Medicine Nova Esperança - Brasil. Email: aganeidecastilho@memorialsantaluzia.com

2 MD, PhD. Federal University of Pernambuco - Brasil .

RESUMO

A lepra ainda se constitui como um problema de saúde pública devido a complicações oculares. Para descrever as complicações oculares da lepra, através de uma revisão integrativa, contribuindo para a prática da objetividade para ajudar atitudes de mudança de profissionais de saúde em relação a pacientes leprosos, de acordo com o Programa Vision 2020, da Organização Mundial de Saúde.

Os autores conduziram uma revisão integrativa crítica empregando um critério de inclusão: a pesquisa ter sido publicada entre 1930 até 2013 e foi restrita a complicações oculares da lepra, sendo fornecido a inclusão de outros aspectos relacionados a doença.

Sem limitar a pesquisar a língua inglesa, empregamos os descritores [leprosy], [eye], [ocular], [Hansen's disease], [*Mycobacterium leprae*] associado com [sequela], [complications] e [deformity], ligados pelos conectores Booleanos AND/OR, aplicados a dados do MedLine, SCIELO, Lilacs, Scopus, EBSCO, Cochrane e Google Scholar usando o programa JabRef[®], versão 2.9.2. Encontramos 387 publicações, 33 dos quais foram parte desta revisão.

Dentre as complicações oculares, lagophthalmos, catarata, uveíte, cegueira e alterações na íris foram os mais frequentes, com a prevalência variável de acordo com a idade do paciente, duração da doença, local de estudo e nível de detalhes do exame ocular.

Houve um consenso que a prevalência de complicações oculares podem ser reduzidas com a introdução de um exame oftálmico a partir de um diagnóstico e depois da conclusão da poliquimioterapia. As complicações oculares ainda estão preocupando, assim profissionais de saúde devem enviar estes pacientes para um exame oftalmológico completo.

Palavras-Chave: Leprosy. Ophthalmology. Leprosy/complications.

INTRODUCTION

Leprosy is an infectious disease, granulomatous, chronic, caused by *Mycobacterium leprae*, often affects the skin, peripheral nerves, but can also affect the upper respiratory tract mucosa, muscles, bones, reticuloendothelial system, testes and anterior segment of eye^{1,3}.

Although leprosy control has improved significantly due to national and sub-national campaigns in most endemic countries, it is still a major public health challenge in 105 countries or territories, affecting 219,075 people in 2011⁴.

Clinically, leprosy comprises a broad spectrum. At one extreme are paucibacillary cases (sometimes known as tuberculoid leprosy), characterized by relatively intact function of the cellular immunity of the host result of the low bacterial load. At the other extreme are multibacillary cases (known as lepromatous form), in which the cellular immune impairment is severe, resulting from the high bacillary load. Between the two extremes are patients known as borderline, with varying degrees of immune impairment ¹.

Ocular complications in leprosy are common, with large margin of variation in prevalence and usually cause vision impairment and may evolve to blindness. Ocular manifestations may derive not only from the disease per se, but also reactions to drug therapy^{4,5}.

Among the ocular complications are lagophthalmos, trichiasis, chronic uveitis, superficial and interstitial keratitis, corneal nerve beading, scleral and corneal nodules, acute iridocyclitis, glaucoma, cataracts and reduction of intraocular pressure (IOP). This reduction stems from the loss of autonomic function in the anterior segment of the eye, presumably by bacillary infiltration of the ciliary nerves ⁶.

Leprosy is a public health problem for three main reasons. At first, because of high incidence that is replaced by the rate of diagnosed cases when it cannot be determined; the second reason is because its prevalence is not adequate to reflect the epidemiological changes of the disease, since this rate depends on the type of leprosy, the patient's age and the treatment implementation. The third reason for leprosy being a challenge is in its derived disabilities, including the disease stigma and ocular complications, both preventable and curable, as the most important⁷.

The care of patients with leprosy should follow the recommendations including eye examination for every patient to the diagnosis, when ceasing drug therapy and in the presence of ocular complications. However, the leprosy patients rarely seek eye care services, which increases the risk of visual impairment by ocular diagnostic delay¹. Additionally, the WHO⁴ has warned that, in practice, these recommendations are not followed because it is not an active search of cases and the disease is not yet prioritized, resulting to be considered neglected; hence the importance of disclosing ocular complications of leprosy, as a way to preserve the vision of these patients^{8,9}.

The aim of this review is to describe and analyze the frequency, types and degrees of eye complications caused by leprosy, contributing to practice objectivity in understanding the

disease that can assist in changing attitudes of health professionals towards patients with leprosy, as with the Vision 2020 Program from the World Health Organization.

METHODOLOGY

We carried out a descriptive integrative review, which constitutes a type of systematic review aimed at the synthesis of knowledge and incorporation of evidence into clinical practice. The integrative review, compared with systematic reviews (with or without meta-analysis) is more comprehensive because it allows experimental or quasi-experimental studies, reviews, meta-analysis, dissertations, academic theses, and case studies are included, as well as case-control studies and cohorts for a better understanding of the state of art, giving greater scope in order to contextualize advantages and desvantagens¹⁰.

The guiding question of this review was: what is the frequency of each of the ocular complications of leprosy and how to reduce it? To answer this question, were defined as inclusion criteria the research has been published between 1930 and 2013 and restricted to ocular complications of leprosy, being permitted to include other aspects relating to the disease. Without limiting the search to English language were used the descriptors [leprosy], [eye], [eye], [Hansen's disease], [*Mycobacterium leprae*] associated with [sequel], [complications] and [deformity] combined by the Boolean connectors AND/OR

MEDLINE, SciELO, LILACS, Scopus EBSCO, Cochrane and Google Scholar databases were searched with the JabRef[®] references search program version 2.9.2.

RESULTS AND DISCUSSION

A total of 387 publications were located, which were subjected to independent analysis of two judges by reading the titles and abstracts. At this stage 168 publications were excluded by title and 186 by the abstracts, resulting in 33 publications that have integrated this revision, as shown in the flowchart (Figure 1) and in Table 1.

Among the 33 studies, 10^{1,4,7,11-17} were epidemiological reports or reviews, two studies were case-control^{6,18}, 17 were cross-sectional design^{3,5,19-30,34-36}, two were cohort studies³¹⁻³² and two were case studies^{2,33}.

Regarding the sites of field research, regardless of the design, seven were performed in the Americas^{2,18,20,24,34-36}, four Brazilian studies^{24,34-36}, 13 involving patients from Asian

countries^{3,5-6,21-23,25-30,32}, with a predominance of India^{3,5,22-23,27-29,32-33} two in African countries^{19,30} and a multicenter study of patients from Asian and African continents³¹.

All studies held in common the classification of patients according to leprosy characteristics, bacillary form, type of injury, disease duration and treatment time, which were always considered prognostic factors for the development and worsening of ocular complications. These variables were also highlighted in reports of relative^{5,7,14,22,24,26} or cumulative²¹ frequency, incidence³² or prevalence^{2-4,6,9,23,25,27-29,33-36}.

Table 2 shows the prevalence, incidence or frequency of ocular complications reported in 17 of 20 studies with field research, which could be classified into two groups according to the treatment time. The first group included patients during treatment^{5-6,19-22,25-26,29-31}, while the second group included patients after treatment completion^{3,21,23-24,28,32,34-36}.

Among the ocular complications, we found that unilateral or bilateral blindness was reported in 13 (81.2%) studies, adopting the criteria defined by the WHO in the International Classification of Diseases, version 10. In frequency, the references in lagophthalmos (12; 75.0%), cataract attributable to leprosy (11; 68.8%), changes in corneal aesthesia (10; 62.5%) and in fewer research other complications were reported, as shown in Table 2.

This review is justified given the need to highlight the most important aspects of the ocular complications in leprosy, which have not been sufficiently disseminated among non-ophthalmologist professionals or non-epidemiologists working in basic health units^{5,7,12, 27,29}.

There is consensus among several authors at different times, that the high prevalence of severe ocular complications in leprosy, including blindness, is due in large part to the retardation of ocular diagnosis^{1,4,5,12,15,23,34}. Despite the WHO guidelines^{4,7} emphasize this point, only four articles^{12,27,29,34} suggested that ophthalmologists should train health professionals for ocular inspection of eye problems screening in all patients diagnosed with leprosy, regardless of time of treatment or illness, since part of ophthalmologic complications manifest later, even after patients having been considered "cured"^{12,34}.

The same recommendation is made in the Manual of Ocular Complications Pipelines for the Ministry of Saúde³⁴, written under the guidance of Oréfice, Brazilian ophthalmologist internationally regarded as expert on ocular complications of leprosy.

Among the simple basic actions of eye care at the community level, made by trained health agents, [...] the simplified eye examination should be performed in all patients with leprosy at

diagnosis, at the time of discharge and when showing any ocular signs or symptoms.

The importance of ocular complications of leprosy based on prevalence has been questioned, because it is influenced by several factors. Among these are environmental conditions (climate and geographic region), patient characteristics (ethnicity and social status), disease variables (type and duration of disease and treatment, type and number of leprosy reactions) as well as conditions for patient assistance (institutionalization, community care, level of complexity of the health service, availability of eye care and professionals expertise for the management of leprosy) ^{1,3-4,11-12,31,35-36}.

This argument is relevant to the extent that the disease mostly affects people inhabiting developing regions where resources for health care are limited or even nonexistent. Hence, prevalence studies have been restricted to locations that have ophthalmologists experienced in the diagnosis of ocular complications of leprosy, thus leaving many of these patients out of the statistics, which would explain such disparate rates as listed in Table 2.

Another explanation for different rates as well as for omission of the prevalence of some of the ocular complications of leprosy consists of some authors exclusively prioritize complications that cause blindness or can be more easily identified by non-ophthalmologist health professionals ^{4,26,28-30}. From this prioritization may have derived more frequent report of cataract, lagophthalmos and corneal sensitivity changes, as well as the omission of prevalence of madarosis and trichiasis ²⁷.

In reducing the prevalence of leprosy, it has been questioned the non-inclusion in the statistics of patients that completed multidrug therapy, which should be considered as relevant with respect to ocular complications. Evidence has shown that about 20% of multibacillary patients in five years after finishing the polychemotherapy will present potentially severe ocular complications¹. The fact emphasizes the importance of ophthalmological care to these patients over at least five years for prevention of blindness ^{4,7,34}.

Leprosy has been considered a public health problem since 1989 ^{1,6}, but the reasons for classifying it as so have changed over time, due to better knowledge of the disease and the improvement of ophthalmic research equipment, as also for causing disabilities.

Initially, studies were mainly aimed at determining the prevalence of skin lesions, especially by the stigma attached to leprosy. To the extent that disease prevalence decreased due to the availability of treatment, the interest by the disease has also decreased, but according Thompson¹³ in ophthalmology, there was a changing of leprosy in identifying that there is no

disease that causes most eye damage than it. However, the interest of ophthalmologists is far from being spread among other health professionals, to devote greater effort on examining these patients^{4,7,14,15,17,34}.

Ocular complications of leprosy have been the subject of several studies. In Brazil, the first studies were performed by the group of ophthalmologists led by Oréfice, who has had to demonstrate the presence of *M. leprae* in the conjunctiva of patients in the course of polychemotherapy³⁵, as well as identifying that 31.5% of patients had ocular complications, whose frequency was higher in older patients and with longer disease duration³⁶. It was also reported that the most serious injuries were rare, a fact attributed to multidrug therapy³⁶.

The finding of *M. leprae* in iris was reported by Messmer et al². The authors considered that the presence of bacteria could trigger cell-mediated reaction (by macrophages, T lymphocytes and epithelioid cells) and autoimmune phenomena, which would respond by iridocyclitis resulting in blindness by leprosy, even after proof of absence of mycobacteria in the skin. Bacteria in the iris would cause the formation of miliary lepromas or "pearls", pathognomonic of the invasion, but rarely described before the acute inflammation manifests, even if they are present in the early stages of the disease.

Waddell and Saunderson¹⁹, investigating 678 patients, among 2715 with leprosy, identified that multibacillary patients had a higher risk of developing lagophthalmos compared to those paucibacillary (OR = 1.4%, 95% CI 0.6 to 3.2%). Even if one considers the lack of significance of this difference, the importance of this study was the demonstration that lagophthalmus represented increased risk of eye damage, even after treatment completion, unlike what was assumed at the time. To the authors fitted the merit, recognized later in the consensus meeting of the World Health Organization, of drawing attention to the need to monitor leprosy patients after multidrug therapy completion, because prevalence rates showed geographical change.

This statement was confirmed by Singhi et al.⁵ when identifying that prevalence of ocular complications in India ranged from 6.3% to 74.2%, depending on the region in which it was determined. Also, this variation was attributed to the environmental conditions and the health care facility. Likewise, Courtright et al.³¹, in a longitudinal study including patients from three countries (India, Philippines and Ethiopia), concluded there being geographical variations in the prevalence of ocular complications, even in countries where leprosy control could be considered of quality.

It means that the control of ocular complications of leprosy must be constantly investigated in each country, so that we can conclude the existence of controlling these complications, even because, although patients who complete treatment are considered cured of leprosy by being bacteriologically negative, impairments manifested before treatment will be still present (24) may be evolve due to neural damage, which does not revert with the treatment²².

The study by Daniel et al.²² confirmed this assertion. When investigating patients with relapsed leprosy, the authors found that lagophthalmos was significantly associated with disease duration, degree of deformation II, punctate keratitis and cataracts. Additionally, the authors found that patients with lepromatous and lepromatous borderline forms to the initial diagnosis had a higher risk of reduced visual acuity, iris atrophy, keratic precipitates and the formation of beads on the corneal nerves compared to the other ways; thus requiring more accurate and more frequent ophthalmologic care. The authors consider their study as a pioneer, but in this review was noted that Walton, Ball and Joffrion²⁰ reported such injuries in 1991.

In a study involving 193 patients previously treated with dapsone or clofazimine, Walton, Ball and Joffrion²⁰ identified that 10% showed primary glaucoma and 5.7% secondary glaucoma to uveitis, in all cases diagnosed after one year of treatment. The authors concluded that chronic inflammation of leprosy remains and evolves to secondary glaucoma, even after monotherapy treatment²⁰.

Study on 501 patients considered as cured identified that 11 years elapsed from the end of treatment, 15% developed lagophthalmos, keratitis or posterior synechiae, previously absent injuries, resulting in the recommendation of prioritizing the systematic monitoring of patients with lagophthalmos, even with natural eyelid closure, trichiasis, pupillary diameter smaller than 2 mm and posterior synechiae, as a way of preventing the development of lagophthalmos in forced eyelid closure, keratitis and cataract²¹.

Study in Nepal²³, including 58 patients, confirmed the persistence of ocular lesions after completion of multidrug therapy. Multibacillary patients, when compared to those paucibacillary, had twice the frequency of uveitis, cataracts and corneal lesions attributed to trichiasis. They also found that the uveitis was cause of blindness in 88% of patients, corroborating wide variations in prevalence of eye complications according to spatial distribution.

A characteristic of leprosy is the possibility of the occurrence of reactions - periods of acute inflammation in the course of a chronic disease that can affect nerves. Those with various skin lesions and neural enlargement are at high risk. Multibacillary patients (MB), the most serious form of the disease, especially those who already have neural impairment in the diagnosis, should be monitored more frequently for signs of new neural damage requiring treatment, because most of them (65%) can develop it. However, in patients with MB leprosy reactions can occur for many years after the treatment has been completed^{1,13,17}.

The eye may be involved in type 2 reaction with iritis. Clinical manifestations such as pain, redness, narrowing and pupil irregularity and photophobia usually occur during the first three years after starting the multidrug therapy (MDT), but they may also be present before this early in more advanced MB cases. As the body needs a long time to eliminate the dead bacilli, patients may present episodes of type 2 reaction, even after two years of successful completion of MDT, as evidenced by Daniel et al.³².

Among the studies included in this review, it was found that 8 (24.2%) reported changes in intraocular pressure in leprosy patients, but only 2 (6.1%) reported increased IOP. Daniel et al.²² in 2002 described a case of increased IOP, using biomicroscopy by slit lamp and measurement of intraocular pressure by Goldmann applanation tonometer, corresponding to a percentage of 1.7%. However, Thomas et al.³ in 2003 described 9 (2.3%) cases among 386 multibacillary patients treated and attributed the higher frequency of increased intraocular pressure by employing equipment that allows more detailed examination. The authors²² found that the use of gonioscopy, automated perimetry and stereoscopic examination of the optic disc, in addition to the tests used by Daniel et al.²², allowed identification of cases that would be underdiagnosed.

Knowledge of the ocular complications of leprosy has evolved, allowed early institution of preventive measures, but much remains to be investigated. In the opinion of Mahendradas et al.³³, there is a need for introducing the most modern arsenal of ophthalmic research in the routine exams of leprosy patients. The authors used optical coherence tomography and proved that nodular lesions well demarcated, smooth surface, with internal hyporeflexia in the iris, corresponding to areas of granuloma, decrease in size with chemotherapy treatment, demonstrating that this noninvasive technique may represent the future of investigation of eye injuries.

Ocular complications, even after more than 100 years since the first description of leprosy, remains a public health problem that has been relegated to the background, especially

in the monitoring of patients considered cured, given the negative bacilli in the skin after polychemotherapy. The detailed ophthalmological examination has allowed identifying that blindness by leprosy is preventable, when obeyed the condition of monitoring patients.

Among the most common ocular complications are included lagophthalmos, uveitis, iritis, cataract, glaucoma, and more rarely, increased intraocular pressure. The importance of such complications lies in the risk of blindness or visual loss, compromising the quality of life of patients.

FINAL CONSIDERATIONS

This review identified that the description of ocular complications evolved from the involvement of the annexes to the detailing of intraocular injuries due to the use of technologically enhanced equipment. Similarly, it is expected that the use of the more modern diagnostic arsenal may contribute to greater awareness of eye disease, greatly reducing blindness from leprosy.

REFERENCES

1. Lewallen S, Courtright P. An overview of ocular leprosy after 2 decades of multidrug therapy. *Int Ophthalmol Clin*. Summer. 2007;47(3):87-101.
2. Messmer EM, Raizman MB, Foster CS. Lepromatous uveitis diagnosed by iris biopsy. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 1998;236(9):717-9.
3. Thomas R, Thomas S, Muliylil. J. Prevalence of glaucoma in treated multibacillary Hansen disease. *J Glaucoma*. 2003;12(1):16-22.
4. WHO. World Health Organization. Operational Guidelines. Global strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities (2006-2010). New Delhi: WHO, 2012.
5. Singhi, M, Kacchawa, D, Ghiya, B. Distribution of eye involvement in various types of leprosy. *Indian J Ophthalmol*. 2009;50(4):356.
6. Lewallen S, Courtright P, Lee HS. Ocular autonomic dysfunction and intraocular pressure in leprosy. *Br J Ophthalmol*. 1989;73(12):946-9.
7. WHO. World Health Organization. Report of the Eighth Meeting of the WHO Technical Advisory Group on Leprosy Control. Aberdeen, Scotland, 21st Apr. 2006.

8. Penna GO. Leprosy: the need to employ evidence-based medicine in control policies around the world. *Lepr Rev.* 2011;82(3):201-2.
9. Shetty VP, Ghate SD, Wakade AV, Thakar UH, Thakur DV, D'Souza E. Clinical, bacteriological, and histopathological characteristics of newly detected children with leprosy: a population based study in a defined rural and urban area of Maharashtra, Western India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2013;79(4):512-7.
10. Notar CE, Cole V. Literature review organizer. *Int J Educ.* 2010;2(2):1-17.
11. Lewallen S, Courtright P. Blindness in Africa: present situation and future needs. *Br J Ophthalmol.* 2001;85(8):897-903.
11. Hogewer M, Keuner JEE. Prevention of blindness in leprosy and the role of the Vision 2020 Programme. *Eye.* 2005;19(10):1099-105.
12. Thompson KJ. The changing face of leprosy. *Br J Ophtalmol.* 2006;90(5):528-9.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Informe epidemiológico – 2008: Programa Nacional de Controle de Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
15. Trivedi HL, Venkatesh R. Eye signs in leprosy. *Bombay Hosp J, Bombay.* 2008;50(2):254-7.
16. Cohen, JM. Hanseníase ocular: uma abordagem histórica. *Arq Bras Oftalmol.* 2009;72(5):728-33.
17. Lewallen S, Hussein N, Courtright P, Ostler HB, Gelber RH. Intraocular pressure and iris denervation in Hansen's disease. *Int J Lepr Other Mycobact Dis.* 1990;58(1):39-43.
18. Waddell KM, Saunderson PR. Is leprosy blindness avoidable? The effect of disease type, duration, and treatment on eye damage from leprosy in Uganda. *Br J Ophtalmol.* 1995;79(3):250-6.
19. Walton, RC, Ball, SF, Joffrion, VC. Glaucoma in Hansen's disease. *Br J Ophtalmol.* 1991;75(5): 270-2.
20. Lewallen, S, Tungpakorn N, Kim S, Courtright P. Progression of eye disease in "cured" leprosy patients: implications for understanding the pathophysiology of ocular disease and for addressing eyecare needs. *Br J Ophtalmol.* 2000;84(8):817-21.
21. Daniel E, Koshy S, Joseph GA, Rao PS. Ocular complications in incident relapsed borderline lepromatous and lepromatous leprosy patients in South India. *Indian J Ophthalmol.* 2003;51(2):155-9.
23. Nepal BP, Shrestha UD. Ocular findings in leprosy patients in Nepal in the era of multidrug therapy. *Am J Ophthalmol.* 2004;137(5):888-92.

24. Souza FS, Almeida LNF, Costa JP, Rocha PV, Sobrinho EFA. Frequência das alterações oftalmológicas em pacientes com hanseníase residentes em hospital-colônia. *Arq Bras Oftalmol.* 2005;68(3):369-72.
25. Javvadhi SS, Das H, Badhu BP, Agrawal S. Variation of intraocular pressure in patients with leprosy. *Kathmandu Univ Med J.* 2005;3(3):217-21.
26. Javvadhi S, Das H, Agrawal S. Pattern and determinants of ocular complications in leprosy patients in eastern Nepal. *Nepal J Ophtalmol.* 2009;1(1):2-8.
27. Thompson KJ, Allardice GM, Babu GR, Roberts H, Kerketta W, Kerketta A. Patterns of ocular morbidity and blindness in leprosy – a three center study in Eastern India. *Lepr Rev.* 2006;77(2):130-40.
28. Parikh R, Thomas S, Muliylil, Parikh S, Thomas R. Ocular manifestation in treated multibacillary Hansen's disease. *Ophthalmology.* 2009;116(11):2051-7.e1.
29. Reddy SC, Raju BD. Ocular involvement in leprosy: a field study of 1 004 patients. *Int J Ophthalmol.* 2009;2(4):367-72.
30. Eballé AO, Owono D, Book AU, Bella AL, Mvogo CE, Mba N. Prevalence and etiologies of visual handicaps in leprosy patients in the south of Cameroon. *Clin Ophthalmol.* 2009;3:195-8.
31. Courtright P, Daniel E, Sundarrao, Ravanes J, Mengistu F, Belachew M et al. Eye disease in multibacillary leprosy patients at the time of their leprosy diagnosis: findings from the Longitudinal Study of Ocular Leprosy (LOSOL) in India, the Philippines and Ethiopia. *Lepr Rev.* 2002;73(3):225-38.
32. Daniel E, Ffytche TJ, Kempen JH, Rao PS, Diener-West M, Courtright P. Incidence of ocular complications in patients with multibacillary leprosy after completion of a 2 year course of multidrug therapy. *Br J Ophthalmol.* 2006;90(8):949-54.
33. Mahendradas P, Avadhani K, Ramachandran S, Srinicas S, Naik M, Shetty KB. Anterior segment optical coherence tomography findings of iris granulomas in Hansen's disease: a case report. *J Ophthalmic Inflamm Infect.* 2013;3(1):36.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de condutas para complicações oculares. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, 60 p.
35. Campos WB, Oréfice F, Sucena MA, Rodrigues CA. Conjunctival biopsy in patients with leprosy. *Indian J Lepr.* 1998;70(3):291-4.
36. Monteiro LG, Campos WR, Oréfice F, Grossi MA. Study of ocular changes in leprosy patients. *Indian J Lepr.* 1998;70(2):197-202.

SUPPLEMENTARY MATERIAL

TABLES

Table 1 - Characteristics of articles included in the integrative review

Author(s)	Year	Type of study	N.	objective	Results of interest for review
Lewallen et al. ⁶	1989	Case-control	510	Postural changes in intraocular pressure	Reduction of intraocular pressure associated with keratitis and avascular iris, probably by autonomic changes of the anterior segment of the eye
Lewallen et al. ¹⁸	1990	Case-control	509	Postural changes of intraocular pressure, and evaluation of the pupil size as a measure of ocular autonomic dysfunction	Autonomic dysfunction explains the reduction in pupil diameter, but does not the reduction of the intraocular pressure of patients compared to controls
Walton, Ball, Joffrion ²⁰	1991	cross-sectional	193	Prevalence and characteristics of glaucoma	Informs the prevalence of glaucoma in patients treated pointing the need for evaluating iridocyclitis and intraocular pressure, even after treatment completion
Waddell, Saunderson ¹⁹	1995	cross-sectional	2715	Prevalence, range and severity of ocular involvement	Informs the prevalence of ocular complications in patients treated by assigning the low prevalence to the early ophthalmologic examination and follow-up during treatment, but reiterates need for training of professionals

Author(s)	Year	Type of study	N.	objective	Results of interest for review
					for this to occur
Messmer, Raizman, Foster ²	1998	Case Study	1	Description of a case of leprosy diagnosis from ocular involvement	Description of the diagnosis of bilateral uveitis, glaucoma and keratitis refractory to conventional therapy, attributed to leprosy diagnosed from ocular examination
Lewallen et al. ²¹	2000	cross-sectional	501	Progression of ocular complications in "cured" patients	Informs the cumulative incidence in patients treated by identifying the progression of ocular complications even after microbiological cure as a result of neural injury
Lewallen, Courtright ¹	2001	critical review	-	Review of the prevalence and causes of ocular complications in Africa	Informs the prevalence of ocular complications in treated cases, stating there being little information about blindness by leprosy. The frequency of lagophthalmus ranged from 2% to 5% and vision smaller than 6/60 was 2.2%
Courtright et al. ³¹	2002	Cohort of eight years	691	Description of ocular complications in India, Ethiopia and the Philippines	Informs the prevalence of complications in patients treated

Author(s)	Year	Type of study	N.	objective	Results of interest for review
Singhi, Kaccawa, Table 2 - Characteristics of articles included in the integrative review Ghiya⁵	2002	Descriptive cross-sectional	518	Frequency of ocular impairment	Prevalence of blindness (2.8%), reduced visual acuity (5.2%) and risk of blindness (11%), which requires ophthalmologic follow-up until five years after end of treatment
Daniel et al. ²²	2003	cross-sectional	60	Percentage of ocular injuries in patients with newly diagnosed multibacillary recurrence	Informs the relative frequency of involvement of one or both eyes in 50.5% of treated patients, pointing to the need for ophthalmological examination
Thomas, Thomas, Muliyl ³	2003	Population, cross-sectional	446	The prevalence of glaucoma in patients who completed treatment	Informs prevalence of glaucoma in multibacillary patients treated equal to 3.6%, the same as the general population for primary glaucoma

Author(s)	Year	Type of study	N.	objective	Results of interest for review
Nepal, Sherestha ²³	2004	cross-sectional	58	Frequency of ocular complications after treatment	Stricter eye examinations of patients after treatment, especially women
Hogewer, Keuner ¹²	2005	critical review	-	Description of the causes of blindness and prevention	To fulfill the Vision Program 20/20 from WHO, it is necessary to train physicians for diagnosis, although presumptive and referral to an ophthalmologist
Souza et al. ²⁴	2005	cross-sectional	58	Frequency of ocular abnormalities in cured patients	Informs the absolute frequency of ocular complications in patients treated, claiming to be high for changes in the ocular bulb after treatment completion, pointing to the need for continuous eye care
Javvadhi et al. ²⁵	2005	cross-sectional	93	Change in intraocular pressure and risk factors	Reduction of intraocular pressure of patients compared to controls, especially when untreated and can be used as standard treatment efficacy
Thompson ¹³	2006	editorial	-	Presentation of problems related to not prevention	Need for dissemination of leprosy for the general population and for clinicians in particular, aiming at prevention
Thompson et	2006	cross-sectional	1137	Patterns of ocular morbidity and blindness	Informs the prevalence of morbidity (20.75) and blindness (2.9%) in treated patients and treatment, claiming to be

Author(s)	Year	Type of study	N.	objective	Results of interest for review
al. ²⁷					variable in different areas of the same region. The eye examination is essential in the monitoring of patients
WHO ⁷	2006	report	-	Eighth Meeting of the WHO Committee on Leprosy Control	Informs the prevalence and proportion of new cases, they will remain being diagnosed despite efforts to eradicate the disease, which requires special care to prevent eye disorders
Daniel et al. ³²	2006	Cohort of eight years	278	Incidence of ocular complications after two years of multidrug therapy	Informs the incidence of ocular complications in treated patients pointing the need for ophthalmologic monitoring for two years of multibacillary patients undergoing multidrug therapy
Lewallen, Courtright ¹	2007	critical review	-	Details of ocular complications	Alerts to the danger of considering leprosy under control, because the ocular complications are serious and must be diagnosed early
Ministério da Saúde ¹⁴	2008	epidemiological report	-	Description of the epidemiological situation of leprosy in Brazil	Description of the temporal trend from 1994 to 2007, the incidence and the coefficient of new cases diagnosed in Brazil
Trivedi,	2008	Short review	-	Description and causes of ocular complications	Associates the description of the ocular complications to the signs and likely causes

Author(s)	Year	Type of study	N.	objective	Results of interest for review
Venkatesh ¹⁶					
Cohen ¹⁷	2009	review	-	Review of ocular complications	Ophthalmologists need to become more perceptive and interested in the diagnosis and treatment of complications
Parikhet al. ²⁸	2009	cross-sectional	386	Description of ocular manifestations after treatment	<p>Informs the prevalence of treated cases</p> <p>Ocular complications should be tracked in multibacillary patients, even after treatment completion</p>
Reddy, Raju ²⁹	2009	cross-sectional	1004	Prevalence of ocular lesions evaluated by trained health professionals	Informs the prevalence of ocular complications in treated patients and under treatment, which equates to 60.3%, whose determination was possible due to the training of health professionals for the initial diagnosis and referral to the ophthalmologist
Javvadhi, Das, Agrawal ²⁶	2009	cross-sectional	186	Patterns and determinants of ocular complications	Informs the percentage frequency of ocular complications in treated and untreated patients, identifying corneal complications more frequent in patients with higher bacterial load, longer duration of disease, as well as reduced corneal sensitivity
Eballé et al. ³⁰	2009	cross-sectional	346	Prevalence and causes of blindness and low vision	Informs the prevalence of ocular involvement in treated cases, identifying 35% of patients with undiagnosed ocular impairment and the need for systematic ophthalmologic

Author(s)	Year	Type of study	N.	objective	Results of interest for review
					examination
Ministério da Saúde ¹⁵	2011	National Health Plan	-	Description of goals for leprosy	Informs the crude mortality rate and prevalence of diagnosed cases - determining as reduction goal from 1,75:100.000 to 0,98:100.000 inhabitants until 2015
WHO ⁴	2012	epidemiological report	105 países	Study on the prevalence and detection rate of cases	Informs the prevalence of treated cases equal to 0,34:10,000 inhabitants and the case detection rate equal to 4,06:100.000 inhabitants
Mahendradas et al. ³³	2013	Case Study	1	Findings by optical coherence tomography in granuloma	The examination of the anterior eye segment by optical coherence tomography should be included in the evaluation
Brasil ³⁴	2003	manual for procedures	-	Conducts for prevention of blindness	Definition of blindness preventive measures, primary, secondary and tertiary
Campos et al. ³⁵	1996	prospective	120	Investigation of the presence of <i>M. leprae</i> by conjunctival biopsy	Identification of bacilli in the conjunctiva, even in patients in the course of multidrug therapy
Monteiro et al. ³⁶	1998	cross-sectional	997	Investigation of changes in ocular bulb	Increased bulbar changes according to age of the patient and duration of illness, serious injuries are rare due to previous treatment. Report of "pearls" in the fundus exam

Table 3 – Prevalence or frequency of ocular complications of leprosy according to articles included in the integrative review

Author (s)	Year	N. of patients	IOP	Changes of corneal	Changes	cataract	blindness	scleritis	Glaucoma	iridocycliti	lagophthal mos ¹	madarosis	trichiasis	corneal ulcer	uveitis
Lewallen et al. ⁶	1989	510	12.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lewallen et al. ¹⁸	1989	509	42.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Walton, Ball, Joffrion ²⁰	1991	193	-	-	35.0 ²	16.0	4.9 ²	-	10.0	-	-	-	-	-	-
Waddell, Saunderson ¹⁹	1995	2715	-	-	-	11.6	0.6	-	-	33.0 ³	3.7	-	-	-	-
Lewallen	2000	270	-	20.1	44.3	34.5	11.6	-	-	-	15.8	-	9.6	2.4	-

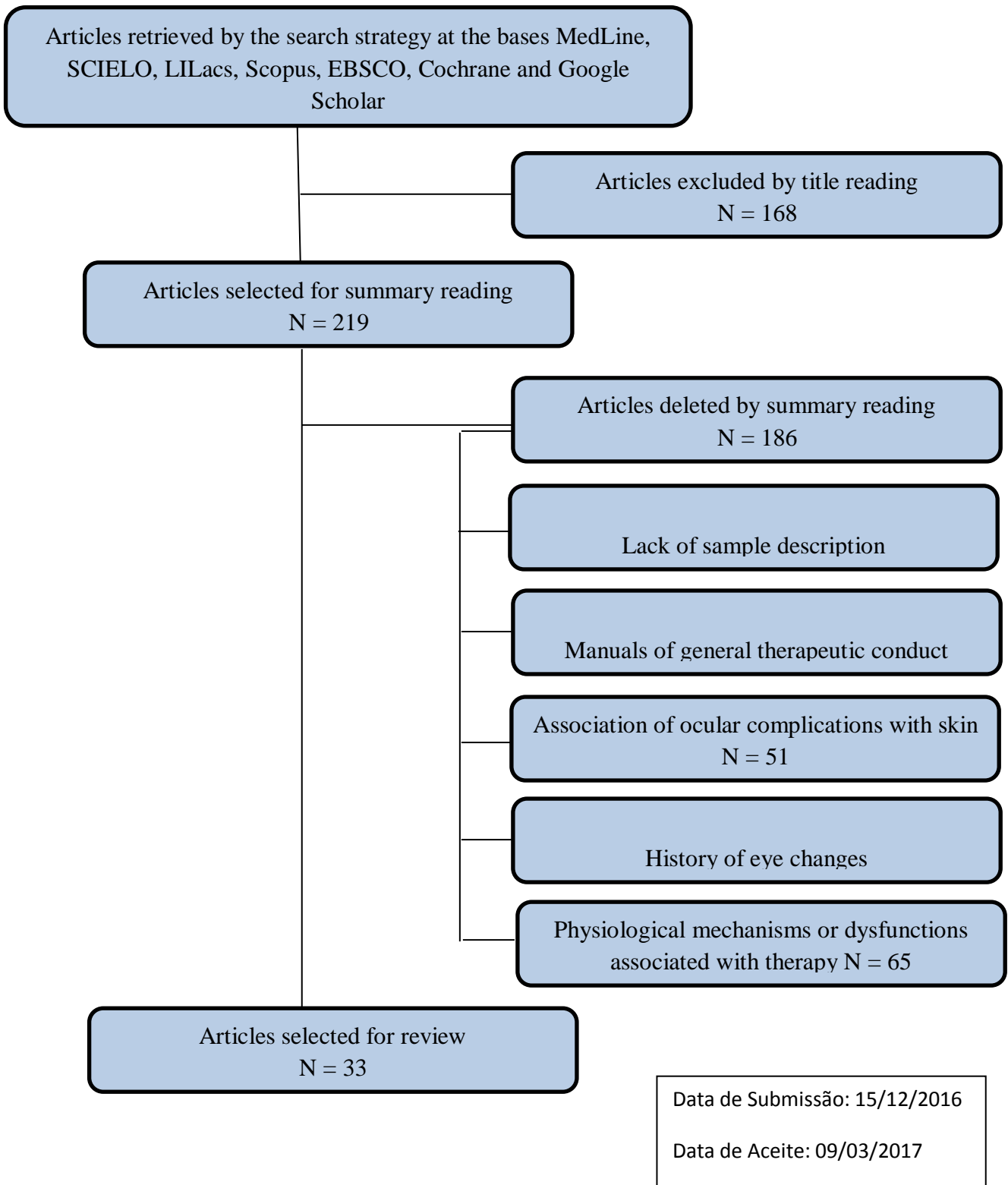
Author (s)	Year	N. of patients	IOP	Changes of corneal	Changes	cataract	blindness	scleritis	Glaucoma	iridocycliti	lagophthal mos ¹	madarosis	trichiasis	corneal ulcer	uveitis
et al. ²¹															
Courtright et al. ³¹	2002	691	-	-	-	-	2.8	-	-	-	3.3	-	1.0	0.9	-
Singhi et al. ⁵	2002	518	-	20.9	8.9	5.6	11.0	-	-	-	10.2	28.1	1.0	-	-
Daniel et al. ²²	2003	60	1.7 ⁴	73.0	3.3	25.0	-	-	-	-	10.0	-	1.7	11.7	-
Thomas, Thomas, Muliyl ³	2003	446	1.3 ⁴	-	-	-	2.6	-	3.6	-	-	-	-	-	7.8
Nepal, Sherestha	2004	58	-	6.8	-	18.1	9.0	-	3.4	-	5.2	12.1	1.7	31.03	12.1

Author (s)	Year	N. of patients	IOP	Changes of corneal	Changes	cataract	blindness	scleritis	Glaucoma	iridocycliti	lagophthal mos ¹	madarosis	trichiasis	corneal ulcer	uveitis
²³															
Souza et al. ²⁴	2005	58	20.8	42.6	20.8	24.9	6.0	-	8.7	-	14.8	70.4	13.0	6.9	-
Javvadhhi et al. ²⁵	2005	93	100.0 ₅	16.1	6.4	-	-	0.1	-	-	-	3.2	-	-	10.7
Daniel et al. ³²	2006	278	-	-	3.0 ⁶	6.6 ⁶	1.0 ⁶	0.18 ⁶	-	-	0.24 ⁶	-	-	5.35 ⁶	3.78 ⁶
Parikh et al. ²⁸	2009	386	2.8	20.2	-	51.0	11.4	-	4.9	-	4.2	43.8	5.4	-	6.7
Reddy, Raju ²⁹	2009	1004	-	36.1	-	16.9	16.8	1.5		14.7	17.3	44.1	-	5.9	14.7

Author (s)	Year	N. of patients	IOP	Changes of corneal	Changes	cataract	blindness	scleritis	Glaucoma	iridocycliti	lagophthal mos ¹	madarosis	trichiasis	corneal ulcer	uveitis
Javvadi, Das, Agrawal ²⁶	2009	186	5.9	14.5	-	-	4.3	-	-	-	17.7	4.3	1.1	4.7	8.6
Eballé et al. ³⁰	2009	346	-	4.2	-	19.6	23.1	-	5.2	-	4.2	-	-	25.4	0.5

Caption:¹ –considered as lagophthalmus when the change of moderate to heavy eyelid closure; ² - Considered blindness the vision lowest than 20/200; ³ - The authors refer to iritis; ⁴ - increased IOP; ⁵ percentage deducted from the means presented for 93 patients, ⁶ - values of incidence expressed in % per patient yea

Figure 1 - Flowchart of selection of items for review



**PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA
NA CONSTRUÇÃO DO PLANO OPERATIVO PARA
IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO EFETIVA**

*Situational Strategic Planning: Report of Experience in the Construction of the Construction
in the Operational Plan for Implementation of Effective Management*

Cynthia Antunes Barbosa¹

RESUMO

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é uma ferramenta que permite o gerenciamento do pensar e agir das pessoas nas organizações. Constitui em quatro momentos fundamentais: o momento explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional para o desenvolvimento de estratégia na tomada de decisões em uma situação problema. As ações realizadas por meio do planejamento podem auxiliar no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da reorientação da atenção a saúde em todos os níveis de assistência, inclusive da Assistência Farmacêutica. O estudo tem o objetivo relatar a experiência de desenvolvimento do PES para construção de um Plano Operativo (PO) como ferramenta para implantação da gestão efetiva para uma melhor organização dos serviços da assistência farmacêutica. A implantação do PO foram os serviços prestados no Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros (SRS/MOC). Trata-se de um relato de experiência com enfoque qualitativo. Foi possível definir causas e consequências do problema priorizado, operações e ações para aprimoramento gerencial da instituição e elaboração da espinha de peixe. O PES mostrou-se adequado para uma melhor organização dos serviços da assistência farmacêutica, reflexão sobre questões administrativas, educativas e assistenciais do processo de trabalho acerca das atividades desenvolvidas no NAF.

Palavras-Chave: Assistência Farmacêutica. Planejamento Estratégico. Gerenciamento. Problema

¹ Mestranda em Ensino em Saúde pela Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha, Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: cynthiabarbosa8@hotmail.com.

ABSTRACT

Strategic Situational Planning (PES) is a tool that allows management of people's thinking and acting in organizations. It consists of four fundamental moments: the explanatory moment, the normative, the strategic and the tactical-operational for the development of strategy in decision-making in a problem situation. The actions carried out through planning can help in the consolidation of the Unified Health System (SUS) through the reorientation of health care at all levels of care, including Pharmaceutical Assistance. The objective of this study is to report on the experience of developing the PES to build an Operational Plan (OP) as a tool to implement effective management for better organization of pharmaceutical care services. The implementation of the OP was the services provided in the Nucleus of Pharmaceutical Assistance (NAF) of the Regional Superintendence of Health of Montes Claros (SRS / MOC). It is an experience report with a qualitative approach. It was possible to define causes and consequences of the prioritized problem, operations and actions for managerial improvement of the institution and elaboration of the fishbone. The PES was adequate for a better organization of the services of pharmaceutical assistance, reflection on administrative, educational and assistance issues of the work process on the activities developed in the NAF.

Keywords: Pharmaceutical care. Strategic planning. Management. Problem

INTRODUÇÃO

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é uma ferramenta que permite explorar possibilidades e escolher, o que propicia à razão humana ter domínio sobre as circunstâncias¹, para o gerenciamento do pensar e agir das pessoas nas organizações, através do desenvolvimento de estratégias. O planejamento também pode ser definido como um processo contínuo desenvolvido a fim de atingir, da forma mais eficiente e efetiva, um objetivo traçado pela organização. De maneira a desenvolver, processos e técnicas para tomada de decisões².

Para Matus, o planejamento é um cálculo que antecede e preside a ação com o intuito de instituir um futuro e não de predizê-lo, mas aumentar a limitada capacidade de previsão; é uma forma de organização para a ação³. Para ele, dirigentes que planejam fazem parte da realidade planejada, coexistindo com outros atores que também planejam nessa mesma

realidade ¹. Através da elaboração do planejamento estratégico é possível alcançar os objetivos e definir as estratégias que ajudarão a concretizar os objetivos traçados no plano. Desta maneira, as ações realizadas por meio do planejamento podem auxiliar no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da reorientação da atenção a saúde em todos os níveis de assistência ⁴.

Como parte integrante do SUS, a Assistência Farmacêutica se apresenta como um elemento essencial dos sistemas de atenção à saúde. É definida pela Política Nacional de Medicamentos (PNM) como grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandada por uma comunidade ⁵. Envolve atividades de caráter sistêmico, multiprofissional e intersetorial, organização das ações e serviços relacionados ao medicamento e suas diversas dimensões, fundamentado no modelo de descentralização da gestão ⁶. Requer um gerenciamento efetivo para garantir a integralidade no atendimento sendo o PES uma ferramenta que viabiliza a identificação das potencialidades e dificuldades locais a partir do enfoque situacional de maneira a garantir a participação efetiva dos diversos atores envolvidos no processo. Através da elaboração de um plano operativo visa detalhar o processo de mudança até a situação desejada, documentar os objetivos gerais e específicos, as operações, as ações e as estratégias necessárias para o alcance das metas traçadas ⁷.

Desta forma, o trabalho tem por objetivo relatar a experiência de desenvolvimento do planejamento estratégico situacional para construção de um plano operativo como ferramenta para implantação da gestão efetiva para uma melhor organização dos serviços da Assistência Farmacêutica ofertado aos usuários.

METODOLOGIA

O foco para implantação do PO foram os serviços prestados no Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros (SRS/MOC), já que a qualidade destes serviços tem impacto para a saúde dos usuários e contribuem diretamente na qualidade de vida dos mesmos.

A Superintendência Regional de Saúde do município de Montes Claros tem a finalidade de garantir a gestão da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) por meio de ações do SUS, assegurando a qualidade de vida para mais de um milhão de habitantes do norte de Minas Gerais, segundo o IBGE 2010.

O NAF da SRS/MOC tem como competência programar, armazenar e distribuir os medicamentos do Programa Estratégico; dispensar os medicamentos do Programa do Componente Especializado; acompanhar e avaliar o processo logístico, a prescrição e a dispensação de medicamentos; acompanhar a montagem de processos para aquisição dos medicamentos e promover o uso racional da população, além de supervisionar a implantação do Programa Rede Farmácia de Minas nos municípios contemplados.

O presente estudo é um relato de experiência sobre a construção de um PO com enfoque qualitativo ⁸. O PO foi elaborado a partir do PES, dividido em quatro momentos fundamentais através de um processo contínuo, sendo eles: o momento explicativo, o normativo, o estratégico e o tático- operacional.

O momento explicativo consiste na identificação e descrição dos problemas de acordo com dados objetivos. O momento normativo define os objetivos e resultados a serem alcançados; através das estratégias e ações necessárias à realização. O momento estratégico realiza a análise dos recursos necessários, tanto econômicos, quanto administrativos ou políticos. Já o momento tático-operacional propõe uma programação para a efetivação das propostas, atores responsáveis a fim de garantir a efetividade e a eficácia de todo o processo ⁹.

Inicialmente realizou-se revisão de literatura para embasamento e orientação no processo, complementada com um roteiro predefinido para apresentação do tema e condução das oficinas. Foi enviado convite com dia e local definido para aproximadamente 15 profissionais que atuam no NAF da SRS/MOC a fim de participarem da construção do plano operativo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Momento Explicativo

Dos 15 profissionais convidados participaram somente seis, de ambos os sexos, com idades e graus de instrução distintos, que lidam diretamente com todo o processo e fluxo dentro do NAF da SRS/MOC. Os convidados foram distribuídos da seguinte forma: dois atendentes da farmácia do Componente Estratégico, dois técnicos do setor de montagem de processo de medicamentos padronizados, um atendente da farmácia do Componente Especializado e um arquivista.

A oficina estimulou a reflexão e debates, através da *técnica de brainstorming* com perguntas estabelecidas de maneira a estimular e facilitar a participação dos convidados. A

técnica de brainstorming é uma ferramenta simples que pode ser utilizada em qualquer situação. Pode-se dizer que é uma ferramenta para o surgimento de ideias ou para evidenciação de problemas ¹⁰.

Foram realizadas três oficinas e três reuniões para fechamento das etapas e apresentação final do PO.

A primeira oficina apresentou a proposta do PES para conhecimento de todos os participantes com exposição do tema “O que é a Assistência Farmacêutica e o papel desempenhado por cada profissional dentro do seu serviço” além de perguntas como: “A Assistência Farmacêutica tem problemas?”. Em seguida, realizou-se a descrição escrita dos problemas pelos participantes, através da pontuação da matriz de priorização com escala de 1 (um) a 5 (cinco), resultando em um escore, no qual 1 quer dizer menor e 5 maior ¹¹.

A falta de compreensão e discordância no somatório obtido inicialmente necessitou de esclarecimentos dos parâmetros de magnitude, transcendência, vulnerabilidade, urgência e factibilidade da matriz de priorização. A magnitude de um problema de saúde pode ser entendida como o número de pessoas e a frequência com que o problema atinge uma determinada população, ou seja, quanto mais pessoas são atingidas e mais frequente é o problema, maior é a magnitude, portanto maior sua importância. A transcendência trata-se da importância do problema, quanto maior o interesse, mais importância têm o problema. A vulnerabilidade é o grau de fragilidade para as intervenções, quanto mais fácil é a possibilidade de ser resolvido, mais vulnerável ele torna. A urgência de um problema relaciona-se ao prazo para enfrentá-lo. E factibilidade é disponibilidade de recursos materiais, humanos, físicos, financeiros e político para resolver o problema ¹². Após explicação, seguiu-se de novo somatório e definição da priorização do problema, sendo identificados nove problemas (Tabela 1).

Tabela 1- Matriz de priorização dos problemas do Núcleo de Assistência Farmacêutica da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros-MG.

PROBLEMAS	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Urgência	Factibilidade	Total
	Tamanho	Interesse	Reversão	Espera	Recursos	
1. Sistema de dispensação lento	24	12	24	24	12	96
2. Falta de recursos humanos	24	6	0	24	12	66
3. Falta de capacitação dos funcionários	24	12	15	24	24	99
4. Falta de estrutura física	24	12	0	24	12	72
5. Falta de informação aos usuários	24	12	18	24	0	78
6. Falta de prioridade nos atendimentos	6	12	12	12	16	58
7. Dificuldade de comunicação com profissionais de saúde	24	12	12	0	12	60
8. Ausência de delegação de tarefas	12	12	12	24	12	72
9. Escassez em materiais de trabalho	18	6	6	24	18	72

Entre os problemas descritos, o problema “Falta de capacitação dos funcionários” foi priorizado com maior pontuação entre os parâmetros considerados.

A segunda oficina teve a presença de cinco participantes, com presença do farmacêutico. Apresentou-se a Fase I do momento explicativo- Relação de Descritores com explicação do problema priorizado e questionamentos por meio de perguntas como: “Qual a evidência que comprova o problema elencado?”, “No cotidiano ou prática de trabalho, quando é possível perceber que existe ou qual o motivo deste problema acontecer?” e “Onde os integrantes gostariam de chegar ou alcançar para a resolução do problema?”. Esta etapa finalizou-se com a identificação dos Descritores (D) e Imagem-Objetivo (Tabela 2).

TABELA 2 - Descritores e Imagem-Objetivo relacionados ao problema priorizado

DESCRITORES (D)	IMAGEM-OBJETIVO
D1- Servidores se deparam com situações demandadas que não conseguem resolver;	Todos os funcionários executando o trabalho de modo padronizado e com qualidade quanto às informações
D2 - Dificuldades por parte dos servidores para prestar orientação aos usuários.	

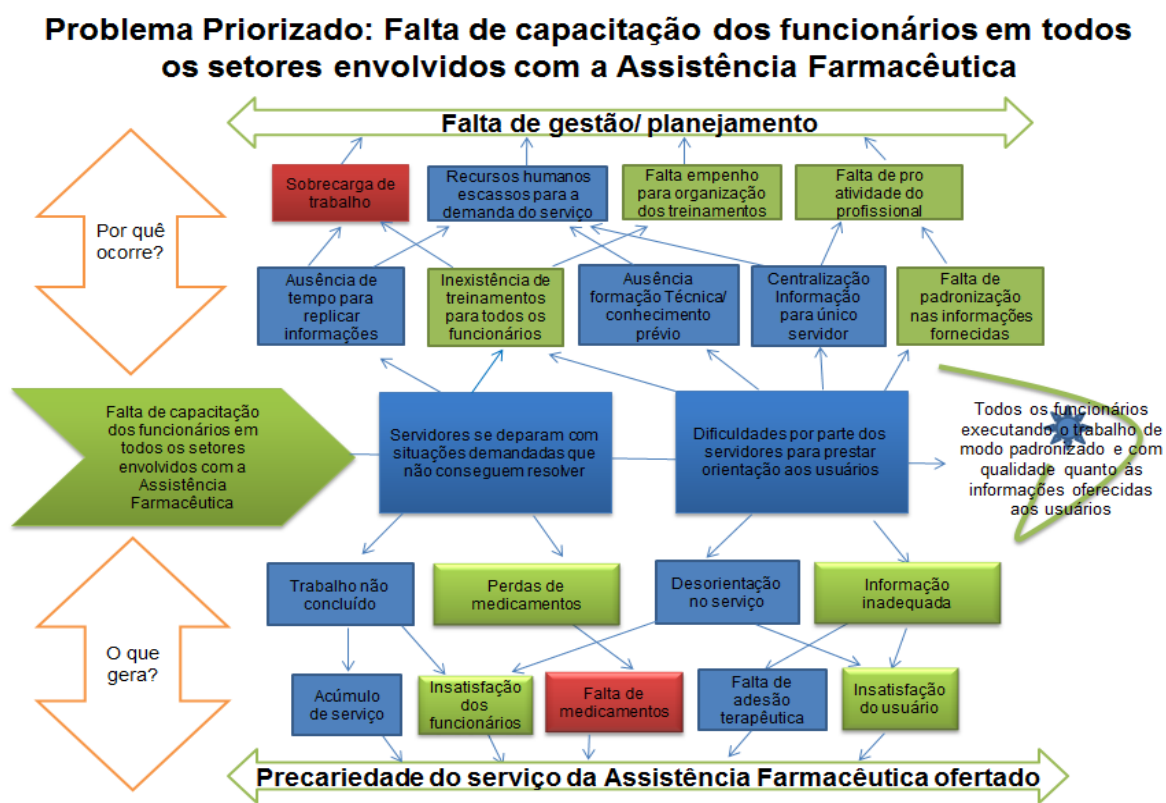
Os convidados, ao identificar as principais causas e consequências relacionadas ao problema, identificavam como causa o problema priorizado. Foi necessário marcar outro encontro e buscar alternativas para o melhor desenvolvimento da atividade.

A terceira oficina participaram quatro integrantes dos setores de Montagem de Processos para dispensação de medicamentos do Componente Especializado, dispensação, conferência e armazenamento. Os descritores considerados pontos fracos foram readequados, apontando o que de fato seriam descritores e possíveis causas e consequências preestabelecidas.

A construção da espinha de peixe iniciou-se pelo coordenador da oficina, com o problema priorizado, junto dos descritores e imagem-objetivo. Todos os integrantes justificaram por meio de exemplos, o porquê daquela causa ter relação com o descritor. Esta exposição permitiu maior interação entre os convidados devido à exposição de exemplos que eram comuns na vivência, como também aqueles que não eram de conhecimento dos envolvidos. A identificação do porque e o que gera cada descritor permitiu apontar as causas e consequências convergentes.

A Fase III do momento explicativo foi caracterizada pela versão final da espinha de peixe para a conclusão do momento explicativo.

Figura 1 – Versão final da Espinha de peixe.



O D1 teve como causas: ausência de tempo para replicar as informações, recursos humanos escassos para a demanda do serviço, falta de empenho para organização dos treinamentos, inexistência de treinamentos para todos os funcionários e sobrecarga de trabalho. Já o D2, as causas identificadas foram ausência de formação/ conhecimento prévio, centralização de informações em único servidor, falta de padronização nas informações fornecidas e falta de proatividade do profissional. Com relação às consequências, identificou-se para o D1 trabalho não concluído, perdas de medicamentos, acúmulo de serviços, insatisfação dos funcionários e falta de medicamentos. Para D2, foram: desorientação no serviço, informação inadequada, falta de adesão terapêutica e insatisfação do usuário.

Momento normativo

O objetivo geral foi construído a partir da causa e consequência convergente. As causas e consequências secundárias definiram os objetivos específicos estabelecendo as operações e ações para o alcance do objetivo geral em curto, médio e longo prazo.

Com a causa convergente “Falta de gestão/planejamento” e a consequência convergente “Precariedade do serviço da Assistência Farmacêutica ofertada” definiu o objetivo geral do trabalho. Foram definidos objetivos específicos, operações e ações, sendo eles: Contratações de profissionais habilitados para as tarefas; Reuniões periódicas entre todos os setores e funcionários; Organização do trabalho e Treinamentos periódicos.

Momento estratégico

No momento estratégico ocorreu a análise de viabilidade e factibilidade com presença de três atores, sendo um farmacêutico e dois atendentes. Para cada objetivo específico fez-se a análise estratégica referente ao problema priorizado para o alcance da imagem-objetivo, utilizando as ferramentas disponíveis até que sejam superados os déficits.

Foram detectadas oito ações consideradas inviáveis, no que diz respeito ao poder de execução e à capacidade de mantê-las. Para cada ação foram definidas novas ações estratégicas, sendo elas: sensibilização do gestor Superintendente Regional de Saúde sobre a necessidade de nomeação de farmacêuticos e técnicos para completar o quadro de funcionários; organização do tempo para elaboração das reuniões; sensibilização dos funcionários sobre importância da execução do trabalho; sensibilização dos funcionários sobre a produtividade; envio da quantidade de material necessário para gestão para realizar treinamentos de acordo com o cronograma e priorização de treinamentos urgentes até convocação do quadro de profissionais.

Momento tático-operacional

O momento tático-operacional permitiu a construção de indicadores de avaliação para cada operação, de monitoramento para o acompanhamento de sua execução, os recursos financeiros e atores responsáveis. A versão final do PO pode ser alterada conforme necessidade até sua implantação.

Discute-se que o PO apresentou resultados favoráveis antes mesmo da sua implantação. A sensibilização do gestor contribuiu para a nomeação de dois farmacêuticos para suprir o quadro de recursos humanos insuficiente, com proposta de nomeações de outros profissionais aprovados no concurso público. Mesmo resultado foi observado em um estudo similar, a definição das operações e ações propostas para o enfrentamento da quantidade insuficiente de recursos humanos, promoveu a sensibilização do Secretário Municipal de Saúde e da Diretoria de Atenção Primária (DAP) com a inclusão das duas farmacêuticas da Farmácia de Referência do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) Norte ⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PES demonstrou ser uma ferramenta importante para resolução dos problemas evidenciados no NAF devido à participação dos profissionais como peças fundamentais no processo. O conhecimento da realidade e a elaboração de um planejamento permitiram ter maior governabilidade para implantação da gestão dos serviços farmacêuticos.

A metodologia utilizada foi capaz de sensibilizar os funcionários devido o levantamento de problemas, identificação das causas, propostas de ações e definição dos responsáveis, de maneira que eles são parte do processo de mudança em busca de melhorias para a instituição, evidenciando a importância do modelo gerencial participativo.

Nota-se que a estruturação dos serviços, organização e qualificação das atividades da assistência farmacêutica requerem ações planejadas e o PES proporciona uma reflexão sobre as questões administrativas, educativas e assistenciais do processo de trabalho acerca das atividades desenvolvidas.

Contudo, vale ressaltar que a construção de um plano operativo requer o domínio, por parte dos responsáveis, para a condução de todas as etapas para que o seu desenvolvimento atenda a situação problema e as reais necessidades do serviço.

REFERÊNCIAS

1. Kleba ME, Krauser IM, Vendruscolo C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. Texto contexto - enferm. [internet] Florianópolis Jan. 2011[acesso em 09 jul. 2015];20(1): 184-193 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100022
2. Oliveira DPR. Planejamento Estratégico: conceitos, metodologia e práticas. 24. ed. São Paulo: Atlas; 2007.

3. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília. Distrito Federal: Instituto de Economia Aplicada; 1993
4. Gelbcke F, Matos E, Schmidt IS, Mesquita MPL, Padilha MFC. Planejamento estratégico participativo: um espaço para a conquista da cidadania profissional. Texto contexto - enferm. [internet] Florianópolis Jul. 2006 [acesso em 09 jul. 2015]; 15(3): 515-520 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000300018&script=sci_arttext.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. [acesso em 03 set. 2015] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html.
6. Marin N, Luiza VL, Osório-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Brasília: Opas/OMS; 2003. p.336-55 [acesso 03 set. 2015] Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/0080.pdf>.
7. Guardini DM, Nunes RS, Pereira J. Planejamento Estratégico Situacional: resultados da aplicação do plano operativo em uma farmácia de referência do município (SC). In: Pereira, Maurício Fernandes *et al.* (Org). Contribuições para a gestão do SUS. Florianópolis; Fundação Boiteux, 2013. p.73-89. (Coleção Gestão da Saúde Pública, v.3) [acesso em 20 jul. 2015] Disponível em: <http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/02/Anais-GSP-Volume-3-Artigo-4.pdf>.
8. PePSIC - Periódicos Eletrônicos de Psicologia. Sugestões para estruturação dos Relatos de Experiência Profissional. [acesso 29 Jun. 2015] Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicope/pdf1.pdf>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011-2015: resultados e perspectivas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013. 160 p. [acesso em 20 jul. 2015] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_ministerio_saude_resultados.pdf&ei=Y0GxVcSRAcbYgwT5-ZHQCg&usq=AFQjCNEQW4Zyxt7hNVaaLzds9-F9BYQEVA.
10. Behr A, Moro ELS, Estabel LB. Gestão da biblioteca escolar: metodologias, enfoques e aplicação de ferramentas de gestão e serviços de biblioteca. Ci. Inf. [internet] Brasília Mar. 2008 [acesso em 20 jul. 2015]; 37(2): 32-42 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19652008000200003&lng=en&nrm=isso.
12. Barreto JL. Gestão da Assistência Farmacêutica: módulo transversal 1- plano operativo: tutorial momento explicativo. UFSC. Florianópolis, 2012. [acesso em 06 Jul. 2015]; 28p Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/614>
13. Veber AP, Lacerda JT, Calvo MCM. Gestão da Assistência Farmacêutica- módulo transversal 1: gestão da assistência farmacêutica: unidade 2: planejamento em saúde-partel. UFSC. Florianópolis, 2011, [acesso em 06 Jul. 2015]; 29p Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/58>

Data de Submissão: 20/01/2017

Data de Aceite: 21/03/2017

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E ESTIMULAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Bruno Alves Guimarães¹

Luiz Matheus Mendes da Cunha Barbosa²

Margarida Maria Gomes³

RESUMO

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência acerca das atividades desenvolvidas por um projeto de extensão intitulado “Programa de Estimulação Cognitiva e Socioemocional ao Idoso em Situação Asilar”, cujo escopo foi promover a saúde mental e melhorar o desempenho cognitivo de indivíduos residentes de uma instituição de longa permanência para idosos, na cidade de João Pessoa (PB). Para tanto, utilizou-se de um programa de estimulação cognitiva, no qual foram planejadas 14 sessões para o treino das funções cognitivas e estímulos socioemocionais. Participavam dos encontros 12 idosos, com idades entre 68 a 85 anos, sendo a maioria do sexo feminino. As principais dificuldades detectadas pelos idosos foram em tarefas que envolviam orientação temporal, memória episódica, memória de trabalho e raciocínio. Por intermédio de observações diretas, foi possível verificar que à medida que praticavam os exercícios, demonstravam melhor desempenho cognitivo, agilidade, autoestima e fortalecimento de vínculos. Intervenções desse tipo são imprescindíveis, sobretudo no contexto institucional, visto que promovem melhores condições de saúde e funcionalidade para a pessoa idosa em situação asilar.

Palavras-chave: Envelhecimento. Cognição. Saúde do Idoso Institucionalizado.

1 Autor principal: Bruno Alves Guimarães - Acadêmico do curso de Psicologia pelo Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ. E-mail: brubs.feelings@gmail.com.

2 Luiz Matheus Mendes da Cunha Barbosa - Acadêmico do curso de Psicologia pelo Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ.

3 Margarida Maria Silva Gomes - Pedagoga. Especialista em Orientação Educacional (UFPB). Mestre em Ciências das Religiões (UFPB). Presidente do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa – PB. Docente do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ.

ABSTRACT

This work it is an experience report about the activities carried out by an extension project entitled "Cognitive and Socioemotional Stimulation Program For Elderly In Nursing Home Situation," whose purpose was to promote mental health and improve cognitive performance of individuals living a long term care facility for seniors in the city of João Pessoa (PB). Therefore, we used a cognitive stimulation program, which were planned 14 sessions for the training of cognitive functions and social-emotional stimuli. Twelve elderly people, aged between 68 and 85 years old, participated in the meetings, most of them female. The main difficulties encountered by the elderly were in tasks involving temporal orientation, episodic memory, working memory and reasoning. Through direct observations, we found that, as practiced the exercises, showed better cognitive performance, agility, self-esteem and strengthening of ties. Such interventions are essential, especially in the institutional context, as they promote better health and functionality for the elderly in nursing home situation.

Keywords: Aging. Cognition. Health of Institutionalized Elderly.

INTRODUÇÃO

Envelhecer faz parte do desenvolvimento humano e é compreendido como um processo intrínseco a vida. O indivíduo idoso evidencia alterações nas funções fisiológicas, psicológicas e sociais, remodelando seu comportamento e rotina. A Organização Mundial da Saúde (OMS) identifica como idoso, nos países subdesenvolvidos, pessoas com sessenta anos de idade ou mais, enquanto que nos países desenvolvidos essa média passa para os sessenta e cinco anos de idade em diante. Todavia, esta é uma definição estabelecida com fins à pesquisa, pois o envelhecimento não está relacionado exclusivamente à idade, mas também a uma diversidade de causas associadas¹.

É natural que no decorrer do processo de envelhecimento algumas capacidades cognitivas decaiam. O termo cognição diz respeito à habilidade do indivíduo em adquirir e utilizar informações a fim de adaptar-se ao meio, como também está relacionado a todo o campo do funcionamento mental, tais como pensar, lembrar, raciocinar etc². As funções cognitivas estão divididas em: atenção, memória, aprendizagem orientação, julgamento, raciocínio, função executiva e resolução de problemas. Quando intactas, presumem performances fortemente integradas de diferentes áreas dos hemisférios cerebrais. Sua

manutenção e bom funcionamento representam um determinante de saúde e qualidade de vida na velhice, visto que a decadência nas capacidades cognitivas está associada ao desconforto pessoal, perda de autonomia e aumento de custos³. É comum observar indivíduos envelhecidos que apresentem quadros de demência ou comprometimento cognitivo leve, sobretudo aqueles institucionalizados. Isso representa um problema, pois tais condições anulam a autonomia e independência da pessoa idosa.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) são moradias coletivas que visam abrigar pessoas, acima de 60 anos, necessitadas de cuidados contínuos e que não têm familiares/cuidadores disponíveis para isso, como também as que, mesmo não carecendo de tais cuidados, não possuem recursos financeiros para sustentar a si mesmas. Em nosso país, grande parte das ILPIs é de caráter filantrópico (65,2%) e de porte pequeno, abrigando em média 30 idosos, sendo a maioria mulheres. Não se constituem como instituições de saúde, mas, boa parte delas dispõem de serviços médicos e fisioterapêuticos⁴. A realidade dessas instituições configura-se como um agravante, pois o afastamento da família, a mudança de rotina, ruptura com a sociedade e quebra de certos papéis sociais, antes exercidos, tornam os idosos institucionalizados mais vulneráveis ao declínio cognitivo devido à falta de estímulos e incentivo à dependência, imposta pelos profissionais (mal preparados) das ILPIs. Infelizmente, nos dias de hoje, pouco interesse tem sido apresentado à compreensão e investigação do melhoramento cognitivo nesse contexto em particular⁵.

Mesmo sabendo das evidências do declínio cognitivo em idosos, o cérebro envelhecido persiste com uma contínua competência neuro-cerebral e capacidade de realizar mudanças em sua organização, isto é, neuroplasticidade⁶. Sob a ação de estimulação cognitiva, aprimorar-se-iam a saúde mental, funcionalidade e novas aprendizagens nesses indivíduos.

O ato de estimular remete a animar, encorajar, ativar e, nesse contexto, está relacionado ao uso de processos cognitivos específicos conduzidos por estímulos ambientais, tais como jogos, leituras, recreações⁷. Para Zimerman⁸, a estimulação é a melhor forma de amenizar os efeitos adversos ocasionados pelo envelhecimento.

Os Programas de Estimulação Cognitiva (PEC) possuem o objetivo de prevenir o declínio cognitivo absoluto dos idosos, uma das causas de patologias neurodegenerativas, como também preservar as funções cognitivas existentes⁷. Nessas intervenções são formuladas uma série de exercícios cognitivos semanais que estimulam os diversos processos psicológicos, de modo a conservar sua ativação e intensificar conexões neurais subjacentes⁸.

Tendo em vista essas necessidades, é possível perceber que o estímulo é algo fundamental para a promoção da saúde e regulação do funcionamento mental, físico e social dos idosos, institucionalizados ou não. A estimulação cognitiva além de atuar como método terapêutico, viabiliza novas oportunidades à aprendizagem, garantindo melhor qualidade de vida e maior autoestima⁶.

Diante disso, este trabalho teve como objetivo relatar benefícios de um PEC realizado com idosos de uma ILPI da cidade de João Pessoa – PB. Como também, expor ganhos da prática extensionista para os acadêmicos envolvidos no projeto.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, realizado por acadêmicos de Psicologia, do projeto de extensão “Programa de Estimulação Cognitiva e Socioemocional ao Idoso em Situação Asilar”. Este, por sua vez, buscou desenvolver novas aprendizagens e melhorar o desempenho cognitivo por intermédio da estimulação cognitiva, social e emocional. O projeto foi vinculado à coordenação do curso de Psicologia de uma instituição de ensino superior de João Pessoa (PB), seu desenvolvimento ocorreu por meio de uma atuação em conjunto entre professora coordenadora e a equipe composta por seis alunos extensionistas em uma ILPI da cidade de João Pessoa – PB.

Sua execução aconteceu em quatorze encontros, de março a junho 2016, sendo estes uma vez por semana com duração de 45 a 60 minutos. Participaram dos encontros semanais, em média, doze idosos, entre 68 a 85 anos, sendo a maioria do sexo feminino. Os critérios de inclusão foram possuir 60 anos ou mais e ser residente da ILPI em que a ação extensionista estava sendo efetuada.

O PEC foi elaborado com base na obra de Gediman e Crinella⁹ e na dissertação de mestrado de Santos⁶, abordou tanto os aspectos cognitivos quanto os socioemocionais. Quanto aos aspectos cognitivos, a cada encontro eram contemplados processos psicológicos distintos, por exemplo, uma sessão para memória, outra dedicada à concentração e assim sucessivamente. Foram estimuladas funções cognitivas como: orientação temporal e espacial, atenção/concentração, memória, aprendizagem, e raciocínio lógico. Para isso, foram utilizados exercícios específicos e jogos educativos oriundos da literatura consultada^{6,9}. Por sua vez, a estimulação socioemocional se deu através de vivências em grupo e rodas de conversa.

Antes de cada sessão, eram realizados alongamentos corporais simples seguidos de uma breve explicação acerca das atividades objetivadas. Para a execução das tarefas, os idosos eram divididos em três grupos de quatro indivíduos, com a finalidade de proporcionar uma atenção mais apropriada. Ao término, os idosos eram interrogados quanto a sua percepção subjetiva em relação às atividades.

No tocante a verificação do desempenho dos participantes, foram utilizados observações diretas, diários de campo e posterior análise destes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A princípio, os trabalhos nessa ILPI se iniciaram com um primeiro contato, no qual a coordenadora, juntamente com os alunos extensionistas, visitaram o local com a finalidade de conhecer o ambiente e interagir com os idosos. Nessa oportunidade, a equipe do projeto pôde estar dialogando com cada idoso sobre a sua percepção em relação à ILPI e quais as atividades que já realizavam na instituição. O cenário encontrado não foi diferente da realidade institucional do nosso país. No geral, os idosos passavam o dia em suas cadeiras e não realizavam atividades estimulantes com frequência. Grande parte deles realizava tratamento medicamentoso de doenças crônicas (como diabetes e hipertensão), possuía acuidade visual e/ou auditiva comprometidas, além de outras morbidades que afetavam sua independência e autoestima.

A estimulação nas ILPIs representa um recurso importante no que diz respeito ao uso das capacidades dos idosos em um ambiente que, na maioria dos casos, não favorece a autonomia e independência. Sabe-se que essa falta de estímulos acarreta uma série de danos biopsicossociais. Nessa perspectiva, “o treino é importante na medida em que a capacidade de reserva cognitiva pode ser mobilizada e até mesmo melhorada” (p. 48)⁵, sendo assim, essas ações são imprescindíveis para a funcionalidade, autoestima e promoção da saúde dentro do âmbito institucional. A seguir, serão discutidos os principais resultados observados em decorrência do PEC, dando destaque as dificuldades detectadas e aos ganhos obtidos.

Para o treino de orientação temporal e espacial, eram realizados questionamentos e indagações acerca do dia da semana, mês, ano e localização. Não raro, a maioria dos idosos apresentava desorientação de tempo. Problemas em relação à orientação espacial não foram encontrados de modo significativo. Geralmente, a maior confusão detectada centrava-se em torno da data e do dia semana, alguns inclusive não sabiam com precisão o ano em que se

encontravam. Isso revelou certo declínio cognitivo comum em idosos³, todavia, preocupantes pelo grau de dificuldade, a ponto de alguns não conseguirem especificar o ano.

No tocante a estimulação da atenção, memória e processos de aprendizagem, foi possível constatar que os participantes possuíam mais dificuldades em tarefas que exigiam maior foco atencional, memória episódica (ME) e de trabalho (MT). A atenção é um mecanismo cognitivo responsável pela habilidade de perceber certos estímulos, inibindo outros que sejam irrelevantes e que estejam ocorrendo concomitantemente. É a porta de entrada para a memorização e aprendizagem¹⁰. A ME refere-se a um sistema mnemônico utilizado para armazenar fatos ocorridos recentemente, experiências pessoais, eventos específicos entre outros¹¹. No que concerne à memória de trabalho/operacional, integra um sistema de memória de curta duração e representa um agente ativo em memórias de curto prazo por ser responsável pela competência de manter informações na memória e, ao mesmo tempo, empregá-las na resolução de problemas e na tomada de decisões¹². De acordo com a literatura, estas funções apresentam um considerável declínio em decorrência do processo de envelhecimento¹². Durante a execução do projeto na instituição, esses dados foram corroborados na prática, uma vez que, inicialmente, constatou-se uma série de dificuldades nos idosos em relação à resolução de atividades, a exemplo “*Jogo da memória*”, “*Lista de compras*”, “*Passeio da memória*”, que exigiam deles o uso de capacidades como: inibição de estímulos irrelevantes, atenção no conteúdo proposto, processamento da informação (codificação, armazenamento e resgate), recordação livre e uso da informação como sugerido na atividade.

Em contrapartida a esses dados, as atividades que visavam estimular a memória de longo prazo (MLP) e memória semântica (MS) eram realizadas com mais facilidade. A MLP diz respeito a uma capacidade ilimitada de armazenamento de informações que o ser humano possui, ela contém toda a história do sujeito e suas experiências de vida. Por sua vez, A MS está concatenada a conhecimentos gerais, de cunho linguístico e de tempo, como nome de pessoas, vocabulário, significados, descrição de acontecimentos históricos e datas importantes¹³. Observou-se que dinâmicas como “*Caixa dos famosos dos anos 80*”, “*Quem fui eu*”, “*Diálogo das profissões*”, que solicitavam o resgate de lembranças do passado (como momentos da infância; profissão exercida etc.) foram executadas sem dificuldades. Estudiosos afirmam que esses sistemas de memórias parecem não se modificar, de modo significativo, durante o envelhecimento¹⁴.

Funções como raciocínio e concentração foram abordadas por meio de atividades como “*Jogo de dominó*”, “*Resolução de cálculos simples*”, “*Palavras cruzadas*”, entre outros. Todos os participantes do programa foram capazes de executar essas tarefas, porém, a princípio com muita dificuldade. Dificilmente havia algum participante que demonstrava facilidade em seguir com o ritmo que estava sendo estabelecido. Um ponto que ficou acordado entre a equipe de extensionistas foi o de fornecer auxílio quando preciso, todavia, essa ação tornou-se redobrada em atividades que se enquadraram nesta categoria. É sabido que essas capacidades, sobretudo a de concentração, dependem da atenção. Processos neurocognitivos como atenção, resolução de problemas e funções executivas estão relacionadas ao funcionamento do córtex pré-frontal, deteriorações – acentuadas pelo envelhecimento – nessa área podem explicar o déficit dessas habilidades. Estima-se que a cada ano que se avança perde-se 2% de volume nessa região cerebral^{3,15}.

Em relação às atividades de estimulação socioemocional, adotou-se uma perspectiva psicoeducativa, na qual foram trabalhados temas como relacionamentos interpessoais saudáveis, aceitação do outro e de si mesmo, percepção positiva da autoimagem, criatividade etc. Dinâmicas como “*Desenho para representação de sentimentos*”, “*A teia do envolvimento*”, oficinas de música e pintura facilitavam a discussão dos temas supracitados e faziam com que os idosos dialogassem com a equipe e entre o grupo sobre seus sentimentos (alegrias, tristezas), preferências, opiniões e experiências adquiridas. Intervenções desse tipo são necessárias devido ao próprio cenário institucional que se configura como um evento estressante e favorável a quadros de depressão^{16,6}. “O idoso, ao ser institucionalizado, muitas vezes perde a identidade e o contato com a realidade, tendo de se adaptar a outro contexto, além de modificar as suas relações interpessoais” (p. 83)¹⁷. Nesse sentido, a estimulação socioemocional nos participantes atuaria como um recurso de apoio social, o que para alguns pesquisadores promoveria qualidade de vida, bem-estar físico/mental e melhores condições de saúde^{16,6,18}. Além dessas atividades grupais, escutas individuais eram realizadas caso surgisse à necessidade.

A partir de observações diretas e acompanhamentos individuais, foi possível verificar avanços em relação ao desempenho cognitivo dos idosos nas atividades. Isso foi demonstrado ao longo do programa cujos participantes apresentavam melhora na execução dos exercícios e maior agilidade ao passo que praticavam, principalmente em tarefas que envolviam orientação temporal, espacial e memória. É evidente que esses ganhos não foram observados em mesma proporção para todos os participantes, os que apresentavam mais idade, doenças crônicas e

déficits sensoriais revelaram um desempenho menor, o que ainda representa algo significativo. Não se pode deixar de mencionar os ganhos afetivos, visto que as práticas de estimulação socioemocional viabilizaram maior contato entre eles, favorecendo o fortalecimento de vínculos. Atualmente, vários estudos vêm evidenciando a eficácia que os PECs demonstram na vida dos idosos, tanto no que diz respeito ao desempenho cognitivo – principalmente em ganhos de memória –, quanto nos aspectos emocionais, sobretudo na redução de quadros depressivos^{14,7,6,5}.

Por fim, a execução deste projeto de extensão foi de suma importância para a equipe de acadêmicos, e, várias habilidades, tanto técnicas quanto comportamentais, foram aprendidas. Como exemplo de habilidades técnicas aponta-se o manejo de grupos, a experiência com PECs, a observação direta e a escuta individualizada; em relação às comportamentais, a empatia para com a pessoa idosa, comunicação e expressão, assertividade e postura adequada. Além disso, a prática, embasada na teoria, viabilizou uma compreensão e olhar crítico mais profundo acerca do envelhecimento humano e suas demandas de cuidado. Pode-se assim dizer, que o engajamento nesse trabalho proporcionou aos envolvidos uma formação universitária ampliada e muito requisitada, na contemporaneidade, devido ao crescimento demográfico de pessoas idosas em nosso país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das ações desenvolvidas por este PEC, observou-se melhor desempenho cognitivo, visto que passaram a realizar as atividades com mais agilidade, e, mudanças de comportamento (novas aprendizagens), percebidas através de relatos emitidos pelos próprios idosos, quanto à modificação de algumas crenças disfuncionais e vivência de melhores relações interpessoais na instituição. Sendo assim, constatou-se a relevância da estimulação como ação de prevenção e promoção da saúde mental nas ILPIs.

Diante do exposto, considera-se que os objetivos do projeto foram alcançados. Contudo, para a realização de posteriores intervenções nas ILPIs, sugerem-se que sejam feitas avaliações cognitivas e de humor, com o aparato de instrumentos de rastreio e escalas psicométricas, antes e depois do PEC, para que se comprovem, de modo efetivo, seus resultados.

REFERÊNCIAS

1. Gramês MLR. Envelhecimento ativo no idoso institucionalizado. Bragança: Instituto politécnico de Bragança; 2012.
2. Tamai SAB, Abreu VPS. Reabilitação Cognitiva em Gerontologia. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1363-70.
3. Neri AL, Neri ML. Envelhecimento Cognitivo. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1461-75.
4. Camarano AA, Kanso, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Revista Brasileira de Estudos de População. 2010; 27(1):233-5.
5. Chariglione IPF. A influência de diferentes tipos de treinos cognitivos na memória de idosos institucionalizados [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.
6. Santos IB. Oficinas de estimulação cognitiva em idosos analfabetos com Transtorno Cognitivo Leve [dissertação]. Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2010.
7. Tavares L. Programas de estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas e atividades físicas [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
8. Zimerman GI. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
9. Gediman CL, Crinella FM. Deixe seu cérebro em forma. Rio de Janeiro: Sextante, 2008.
10. Ferreira SM. Treino Cognitivo em Idosos Institucionalizados [dissertação]. Bragança: Escola Superior de Saúde de Bragança; 2012.
11. Weiten W. Introdução à psicologia: temas e variações. São Paulo: Cengage; 2010.
12. Yassuda MS, Viel TA, Silva TBL, Albuquerque MS. Memória e Envelhecimento: Aspectos Cognitivos e Biológicos. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1477-83.
13. Myers D. Psicologia. Rio de Janeiro: LTC; 2006.
14. Veiga PMM. Os Benefícios do Treino Cognitivo em Idosos [trabalho de conclusão de curso]. João Pessoa: UNIPÊ; 2015.
15. Yassuda MS, Abreu VPS. Avaliação Cognitiva do Idoso. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1486-93.

16. Alves-Silva JD, Scorsolini-Comin F, Santos MA. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. *Psicologia, Reflexão e Crítica*. 2012; 26(4):820-30.
17. Rigo LM. Idosos asilados: um percurso em arte terapia. *RBCEH*. 2007; 4(2): 83-93.
18. Ramos MP. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*. 2002; 7(1): 156-75.

Data de Submissão: 30/01/2017

Data de Aceite: 21/03/2017

ASPECTOS DA VIDA BIOPSISSOCIAL DE CUIDADORES DE CRIANÇAS COM CÂNCER

Aspects of Biopsychosocial Life of Caregivers of Children with Cancer

Vivianne Mikaelle de Moraes¹

RESUMO

O diagnóstico de câncer infantil é um momento desorganizador na vida da criança e daqueles que convivem com ela. As alterações na rotina da família, as mudanças das prioridades e a incerteza do prognóstico da doença podem gerar relevantes prejuízos na vida biopsicossocial de cuidadores de pacientes oncopediátricos. Diante disso, este estudo teve como objetivo conhecer as repercussões do câncer infantil na qualidade de vida de cuidadores de crianças e adolescentes com neoplasias malignas, atendidas pelo Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró. Trata-se de uma pesquisa quantitativa e transversal, realizada com 22 cuidadores de crianças com câncer, no período de agosto de 2012 a agosto de 2013. Foram utilizados o questionário de avaliação de qualidade de vida SF-36 e um formulário pré-codificado sobre dados clínicos e sociodemográficos. Através do software SPSS versão 15.0 foram realizadas as correlações estatísticas. As variáveis da qualidade de vida mais prejudicadas foram: saúde mental, aspectos físicos, emocionais, e vitalidade, com as respectivas médias, 60,0; 48,86; 43,93 e 33,64. Notou-se, portanto, correlação direta de prejuízo na qualidade de vida de cuidadores de crianças com câncer.

Palavras-Chave: Cuidador. Câncer. Infância.

¹ Médica generalista. Graduada pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. E-mail: vivianemorais@hotmail.com

ABSTRACT

The diagnosis of childhood cancer is a disruptive time in the child's life and those who live with it. Changes in family routine, changes the priorities and the uncertainty of the prognosis of the disease can lead to significant losses in the biopsychosocial life of caregivers of patients oncopediátricos. Therefore, this study aimed to assess the impact of childhood cancer on quality of life of caregivers of children and adolescents with malignant neoplasms, served by the Oncology Center and Mossoro of Hematology. This is a quantitative, cross-sectional survey conducted with 22 caregivers of children with childhood cancer, from August 2012 to August 2013. We used the Quality of Life assessment questionnaire SF-36 and a pre-encoded form on clinical and sociodemographic data. Using SPSS version 15.0 software were carried out estatísticas correlations. The variables most affected quality of life were: mental, physical, emotional, and vitality, with means, 60.0; 48.86; 43.93 and 33.64. It was noted, however, directly correlated impairment in the quality of life for caregivers of children with cancer.

Keywords: Caregiver. Cancer. Childhood.

INTRODUÇÃO

O câncer infantil é a denominação dada a um grupo de doenças, não contagiosas, caracterizadas pelo aparecimento de células modificadas que se multiplicam rápida e desordenadamente em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos ¹. No Brasil, corresponde de 0,5% a 3% de todas as neoplasias e sua mortalidade é superada apenas pelas doenças infecciosas e acidentes que ocorrem nessa faixa etária ².

A maioria das neoplasias malignas infantis corresponde a um grupo altamente específico, geralmente embrionário, do sistema reticuloendotelial, do sistema nervoso central (SNC), do tecido conectivo e de vísceras, ao passo que tumores epiteliais (predominantes em adultos) são raros nessa faixa etária. As leucemias são os tipos de cânceres que mais acometem crianças e adolescentes. Nos países desenvolvidos, os tumores do SNC aparecem em segundo lugar, seguido pelos linfomas. Quando se trata de países em desenvolvimento essa ordem se inverte, os linfomas ficam com a segunda posição e os tumores de SNC com a terceira ².

As principais possibilidades terapêuticas para o câncer infantil consistem em quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Dentre elas a mais empregada é a quimioterapia. O fato é que devido ao seu efeito imunossupressor e tóxico nas células normais do corpo, está implicada na gênese de diversos efeitos colaterais no paciente, como náuseas, vômitos, falta de apetite, perda de peso, alopecia, adinamia, fadiga e insônia³.

Frente a estas repercussões do tratamento e da própria doença na vida da criança, além do estigma de morte relacionado ao câncer, o diagnóstico de uma neoplasia maligna pediátrica desestrutura todo o sistema familiar. Afinal, a criança é vista pela sociedade como sinônimo de vitalidade e não de doença⁴.

Santos (2002) aponta o diagnóstico de câncer como um momento desorganizador na vida da criança e também na vida daqueles que convivem com ela⁵. A súbita alteração da rotina da família, as mudanças das prioridades, maior atenção e cuidados com a criança ou adolescente doente podem gerar conflitos e até quebra da estrutura familiar^{6,7}.

Os cuidadores da criança estão entre os que mais sofrem com a doença. Estes são geralmente os pais dos pacientes. De acordo com Costenaro e Lacerda (2001), cuidador é um ser humano que cuida de outro, por isso, sofre, cansa, se envolve e, muitas vezes, obtém danos à sua própria saúde, advindos do desgaste físico e emocional dos sentimentos de medo, culpa, depressão, dúvidas e angústias surgidos⁸. Isso, portanto, deixa bastante explícito que todo ser que cuida necessita ser cuidado.

Ao longo do processo da doença uma série de problemas são enfrentados, como reinternações frequentes, terapêuticas agressivas, dificuldades de separação dos membros da família, alteração no cotidiano, limitações na compreensão do diagnóstico, desajuste financeiro, angústia, dor, sofrimento e medo constante da morte⁹. Sendo assim, entende-se que a situação da doença interfere na qualidade do cuidador, fazendo com que o mesmo modifique seu ritmo de vida, relacionando-se de tal forma com a criança doente que perde suas identidades e individualidades, apropriando-se do estado clínico da criança e vivendo-o de forma intensa e abalada.

A qualidade de vida é uma construção que abrange a saúde, a condição socioeconômica, os aspectos psicológicos, emocionais, espirituais e sociais. Embora haja divergências quanto às dimensões a ser considerada na qualidade de vida, grande parte dos pesquisadores concorda que a qualidade de vida é multidimensional, subjetiva e tem relação com o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual. Entretanto, alguns afirmam que, para

avaliar a qualidade de vida em cuidadores, seria necessário incluir mais aspectos, tais como tensão e o funcionamento familiar¹⁰.

Stam et al. (2007) conduziram estudos sobre o câncer na infância e relatam que o funcionamento emocional dos pais está correlacionado com o funcionamento do paciente pediátrico¹¹. Em outro estudo realizado, por Manne et al. (1995) mostraram que os problemas de comportamento da criança estavam associados aos sintomas depressivos dos pais¹². Os pais que tiveram sintomas de depressão entre moderado a severo relataram mais estresse na criança do que aqueles cujos sintomas depressivos eram suaves ou haviam diminuído com o passar do tempo. Por isso, de acordo com Tweel et al. (2008) a qualidade dos cuidados recebidos por uma criança com doença crônica pode ser afetada pelo bem-estar dos cuidadores¹³.

Os cuidadores, portanto, devem ser compreendidos como aliados da equipe de saúde, atuando como recurso na promoção do conforto, para o paciente recuperar confiança e, assim, investir na sua recuperação¹⁴. Eles devem participar do tratamento e receber suporte não apenas para aprender a cuidar do paciente, mas, sobretudo, para enfrentar, compreender e compartilhar a situação de doença e/ou deficiência, e conseguir lidar adequadamente com seus próprios problemas, conflitos, medo e aumento das responsabilidades¹⁵.

Tendo em vista estes pressupostos, pretendeu-se, neste estudo, descrever como as atividades relacionadas ao cuidar afetam a vida dos cuidadores de crianças com câncer, para a partir de então, suscitar propostas destinadas ao suporte físico, mental e social dos familiares/cuidadores.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal desenvolvido no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró-COHM.

Foram convidados a participar do estudo cuidadores de crianças e adolescentes com câncer. O conceito de cuidador adotado nesta pesquisa foi do indivíduo que convive diretamente com a criança ou adolescente e que se responsabiliza por prover ou coordenar os recursos requeridos para os cuidados dispensados aos mesmos. Não foram inclusos indivíduos menores de 18 anos, os que apresentavam condições cognitivas limitadas para compreender o questionário e os que não eram cuidador habitual do paciente.

A pesquisa constituiu-se de 22 participantes, sendo permitido apenas um único representante por família, no período de setembro de 2012 a agosto de 2013.

Foi utilizado o questionário de avaliação de qualidade de vida SF-36. Este instrumento é validado para a língua portuguesa e adaptado culturalmente para a população brasileira¹⁶. O SF-36 é uma versão resumida, constituída por 36 questões, derivada de uma bateria original de 149 questões, o *Medical Outcomes Study- MOS*. O questionário foi baseado em um modelo multidimensional de saúde para avaliar a percepção individual de saúde e funcionamento. A versão SF-36 é composta de oito domínios que são agrupados em dois componentes: físico e mental. Os domínios do componente físico são: capacidade funcional, estado geral de saúde, dor e aspectos físicos. Já os domínios do componente mental são: saúde mental, vitalidade, aspectos sociais e aspectos emocionais. A avaliação de cada item do questionário foi feita pelo método de pontos somados (método de Likert), com valores de 0 a 100 pontos. Os maiores escores correspondem a uma melhor qualidade de vida.

Além disso, foram obtidas informações sociais e demográficas da criança e do cuidador, como idade, sexo, escolaridade e renda familiar. Através de consulta ao prontuário médico foram consultados dados clínicos como o tipo de tumor, fase e modalidade de tratamento.

A fim de testar a hipótese de que o prejuízo na qualidade de vida poderia diferir conforme o tipo de tumor, os pacientes com câncer foram distribuídos em quatro grandes grupos: tumores sólidos, tumores do sistema nervoso central, leucemias e linfomas. Os escores obtidos foram comparados segundo a classificação do tipo de tumor. O grupo de estudo também foi subdividido segundo a fase de tratamento em dois grupos: tratamento oncológico ativo e acompanhamento ambulatorial. Consideramos em tratamento oncológico ativo os indivíduos que estavam em vigência de quimioterapia, radioterapia, ou em repercussões de cirurgia recente, de modo isolado ou combinado. Os pacientes que compareceram ao ambulatório apenas para consultas destinadas ao acompanhamento clínico foram considerados em acompanhamento ambulatorial. Comparações foram realizadas entre esses dois grupos com a finalidade de verificar a influência da fase de tratamento na qualidade de vida do cuidador.

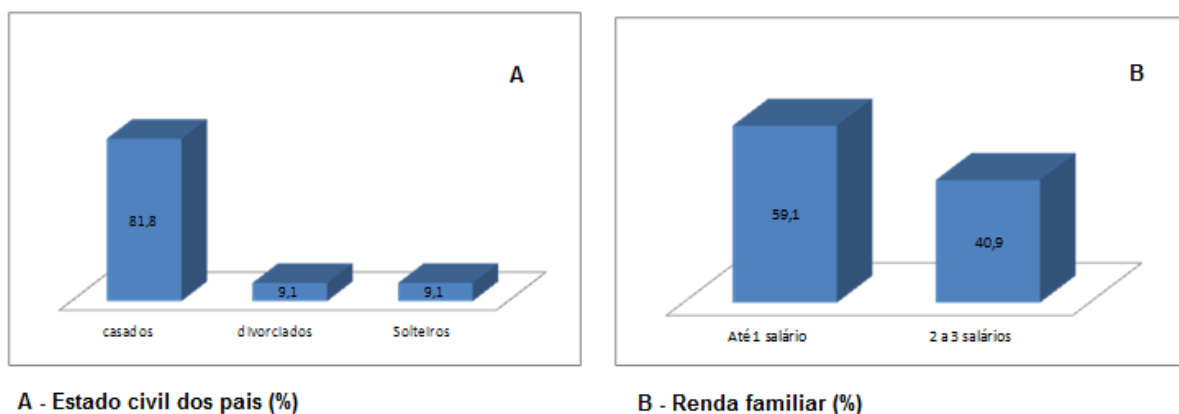
A análise estatística foi realizada através do teste de Mann-Whitney no software SPSS 15.0. Este teste é utilizado para comparação de grupos independentes, cuja variável seja de mensuração ordinal. O nível de significância adotado foi de $p \text{ value} < 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificamos que 86,4% dos cuidadores eram mães dos pacientes. Com relação ao nível de escolaridade, 40,9% dos homens apresentaram escolaridade com nível fundamental e médio, sendo superior, apenas 9,1%. Entre as mulheres, não tivemos percentuais delas com nível superior, sendo 18,2% fundamental e 31,8 ensino médio.

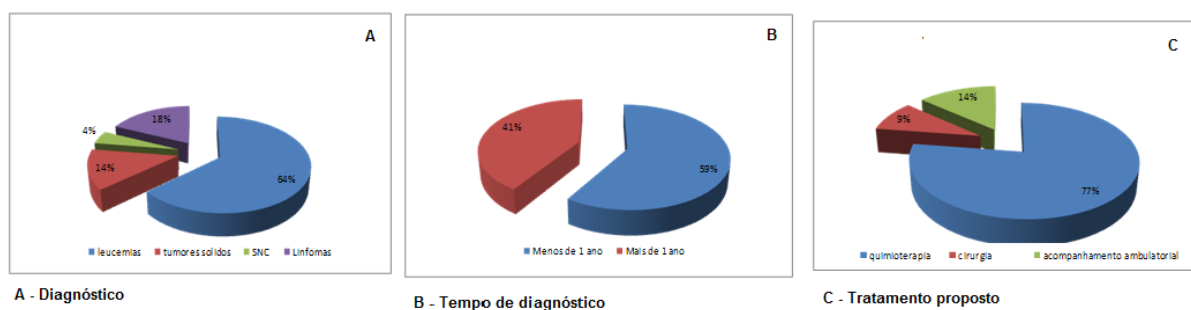
A Figura 1 demonstra que a maioria dos pais eram casados e que as famílias pertenciam a baixa classe social.

Figura 1- Estado Civil e Classe Social dos Pais



Em se tratando de diagnóstico clínico, percebeu-se que a maioria dos pacientes tinha leucemia (64%) e que a maior deles (77%) foi submetido à quimioterapia como modalidade terapêutica. Além disso, 59% estavam em tratamento há menos de um ano. (Figura 2).

Figura 2 - Diagnóstico, Tempo de Diagnóstico e Tratamento Proposto



Dentre os domínios que constituem a qualidade de vida, notou-se que a capacidade funcional foi o item melhor avaliado entre os cuidadores chegando uma média de 88,41,

seguido dos aspectos sociais, dor e estado geral, ambos com média superior a 70. O pior domínio avaliado foi a vitalidade dos cuidadores, este com média de 33,64 (Tabela 1).

Tabela 1- Domínios da qualidade de Vida dos Cuidadores

Estatística Descritiva: Domínios				
Varíavel	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Capac.Funcional	10	100	88,41	22,275
Aspec.Sociais	25	100	75,05	29,064
Dor	10	90	74,32	23,159
Estado.Geral	20	92	73,32	19,915
Saude.Mental	0	100	60,00	26,705
Aspec.Físicos	0	125	48,86	41,171
Aspec.Emocionais	0,0	100,0	43,936	46,4485
Vitalidade	5	50	33,64	10,140

A Tabela 2 e a Figura 3 demonstram a influência dos fatores clínicos e sociodemográficos sobre os domínios que compõem a qualidade de vida dos cuidadores de crianças oncológicas. Notamos a existência de significância estatística entre diversas variáveis. Os cuidadores que apresentaram os maiores índices de limitação física, emocional e social foram os que acompanhavam crianças com diagnóstico recente de neoplasia maligna. Ainda tiveram mais comprometimento físico os cuidadores com melhor renda mensal. Os pais que estavam casados apresentaram maior vitalidade e disposição para o enfrentamento da situação de doença do filho quando comparados aos pais separados.

Tabela 2- Influência dos fatores clínicos e sociodemográficos sobre os domínios que compõem a qualidade de vida dos cuidadores

ANOVA : Significância (Valor P)											
Variável	Sexo	Diagnóstico	Tempo diagnóstico	Tratamento	Nº de Internações	Parentesco	Escolaridade	Renda	Estado Civil dos Pais	Sexo	Idade
Capac.Funcional	,547	,169	,152	,756	,722	,889	,864	,387	,835	,547	,399
Aspec.Físicos	,531	,345	,003	,159	,775	,805	,219	,042	,658	,531	,175
Dor	,637	,034	,548	,593	,010	,023	,955	,515	,040	,637	,276
Saude.Mental	,951	,377	,900	,740	,341	,311	,553	,488	,025	,951	,189
Estado.Geral	,513	,161	,257	,672	,567	,678	,648	,735	,197	,513	,794
Aspec.Emocionais	,295	,555	,054	,702	,643	,523	,389	,386	,392	,295	,990
Vitalidade	,414	,725	,069	,807	,325	,239	,418	,750	,026	,414	,941
Aspec.Sociais	,718	,499	,003	,254	,658	,655	,955	,870	,425	,718	,928

Figura 3- Influência dos fatores clínicos e sociodemográficos sobre os domínios que compõem a qualidade de vida dos cuidadores

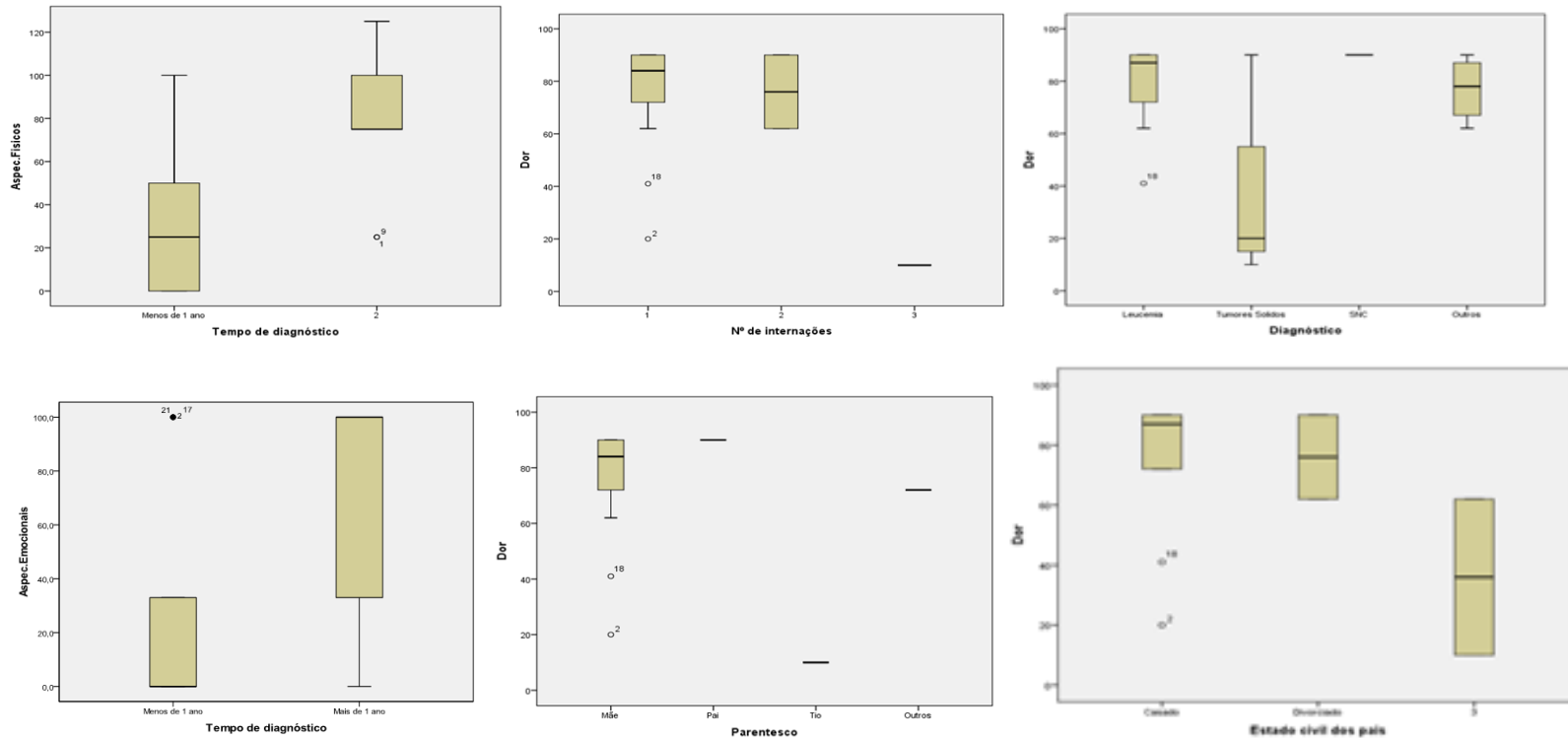
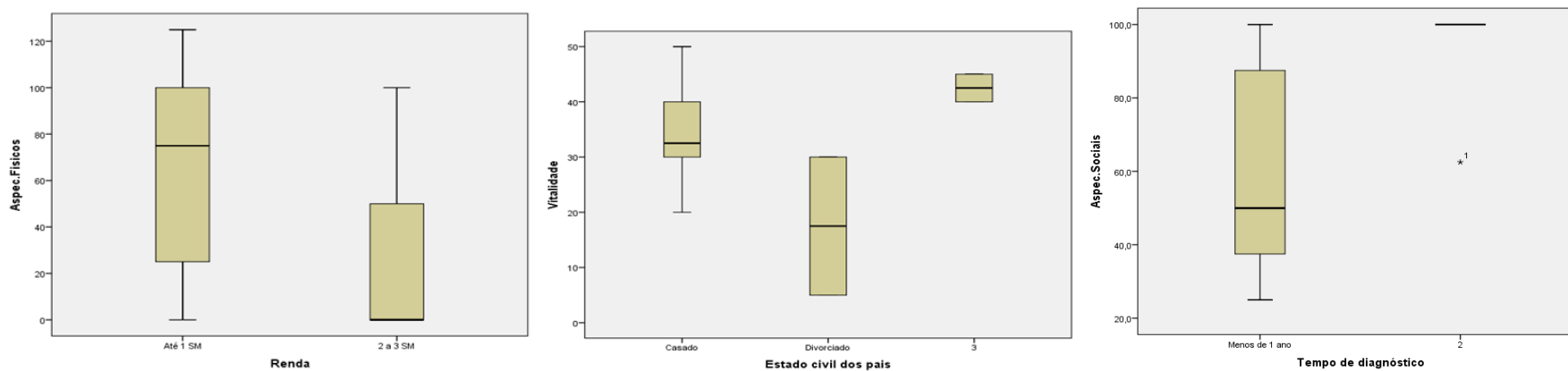


Figura 3- Influência dos fatores clínicos e sociodemográficos sobre os domínios que compõem a qualidade de vida dos cuidadores (Continuação)



De acordo com Patterson et al. (2004), o diagnóstico do câncer infantil repercute de forma devastadora na família. Muitas vezes ameaça a função diária normal, sendo os familiares forçados a se incumbirem de novos papéis para os quais podem não estar preparados ou querendo aceitar¹⁷. Nesse mesmo sentido, Bradford (1997) aponta que as necessidades exigidas pela situação de adoecimento e tratamento, tais como: repetidas visitas a médicos, hospitais e a necessidade de assegurar que as medicações sejam dadas em horas específicas, são fatores que comprometem a qualidade de vida de pais cujos filhos estejam acometidos por alguma doença crônica¹⁸. Pode-se pensar que, somado à sobrecarga emocional, os pais precisam assegurar, além de acolhimento à criança, cuidados técnicos e práticos relacionados ao tratamento, aumentando as exigências e provavelmente potencializando as manifestações de stress. Outro fator associado ao desencadear de sofrimento frente ao diagnóstico de câncer é a existência de preconceitos negativos ligados à doença¹⁹.

Analisando os resultados relativos ao comprometimento físico e a variável renda, observou-se que os participantes mais prejudicados apresentaram médias significativamente superiores de renda familiar. A renda familiar está relacionada a maiores possibilidades de acesso a serviços de saúde privados, bem como a informações, o que pode levar a uma postura mais questionadora diante do tratamento, podendo desencadear uma busca incessante por cuidados e maiores exigências internas, gerando maior dificuldade para se adaptar à situação de doença vivenciada²⁰.

O maior comprometimento na qualidade de vida encontrado nos cuidadores de crianças com diagnóstico recente de câncer pode ser explicado pelo fato dos mesmos defrontarem-se com novas atividades e tarefas, além de manter suas rotinas domésticas e profissionais. Essa conciliação é mais complicada nas fases iniciais do tratamento podendo interferir o bem estar biopsicossocial do indivíduo²¹.

Frente aos resultados encontrados neste estudo recomenda-se que as instituições que acompanham pacientes com câncer tenham grupos de suporte para familiares, acompanhados por equipe multiprofissional. Estes grupos poderiam realizar atividades de terapia ocupacional; apoio espiritual; orientações sobre a doença, tratamento e cuidados; e incluir depoimentos de pessoas que superaram seus problemas e troca de experiências entre os cuidadores. Além disso, podem ser realizadas reuniões sobre questões relativas ao cuidado e educação de crianças, como a necessidade de impor limites, de demonstrar afeto e promover estímulo, para que os efeitos negativos do tratamento possam ser superados ou, ao menos, amenizados²².

Cabe ressaltar como limites deste estudo a pequena amostra de cuidadores analisados, em virtude do número de crianças oncológicas ser bem inferior ao de adultos, visto o câncer infantil ser uma neoplasia rara. O desenvolvimento deste trabalho, porém traz subsídios para o aperfeiçoamento do cuidado aos acompanhantes, uma vez que revelou a presença de comprometimento da qualidade de vida dos cuidadores de crianças com câncer infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sobrecarga de atividades diárias, as preocupações com o prognóstico da doença, as dificuldades socioeconômicas e cognitivas, acarretam distúrbios físicos e psíquicos ao cuidador. Por essa razão, este tem necessidade de apoio e suporte pela equipe multiprofissional de saúde, a fim de que possa realizar as suas atividades com maior segurança, tranquilidade e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. ACACCI- Associação Capixaba Contra o Câncer Infantil. [Internet]; [acesso em 2011 dez 01]. Disponível em: <http://www.acacci.org.br/info.htm>
2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
3. Cicogna EC, Nascimento LC, Lima RAG. Crianças e adolescentes com câncer: experiências com a quimioterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010; 18 (5):864-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/05.pdf>
4. Cavicchioli, AC. Câncer infantil: As vivências dos irmãos saudáveis. [tese].Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
5. Santos MEM. A criança e o câncer. Recife: editora A.G Botelho. 2002.
6. Sidhu R, Passmore A, Baker D. Investigation into parent perception of the needs of siblings of children with câncer. *J Pediatric Oncol Nurs*. 2005; 22(5):276-287.
7. Houtzager BA, Oort FJ, Hoekstra-Weebers JE, Caron HN, Grootenhuis MA, Last BF. Coping and family functioning predict longitudinal psychological adaptation of siblings of childhood cancer patients. *J Pediatric Psychology*. 2004; 29 (8): 591-605.
8. Costenaro RGS, Lacerda MR. Quem cuida do cuidador? Centro Universitário Franciscano, 2001.

9. Nascimento LC, Rocha SMM, Haynes VH, Lima AG. Crianças com câncer e suas famílias. Rev Esc Enferm USP. 2005 dez; 9 (4): 469-74.
10. Lim JW, Zebrack B. Caring for family members with chronic physical illness: a critical review of caregiver literature. Health and Quality of Life Outcomes, London. 2004 sept; 17(2):50.
11. Stam HM. Psychosocial indicators of health-related quality of life in children with cancer 2 months after end of successful treatment. Journal of Pediatric Hematology/Oncology, Philadelphia. 2007 aug; 29 (8): 540-550.
12. Manne SL. Predictors of depressive symptomatology among parents of newly diagnosed children with cancer. Journal of Pediatric Psychology, Oxford. 1995 july; 20 (4): 491-510.
13. Tweel XWV. Quality of life of female caregivers of children with sickle cell disease: a survey. Haematologica, Ferrata. 2008 apr; 93(4): 588-593.
14. Neman F, Souza MF. Experienciando a hospitalização com a presença da família: um cuidado que possibilita conforto. Rev. Nursing, 2003 jan; 56(6).
15. Beck ARM, Lopes MHBM. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador. Rev Bras Enferm. 2007 nov-dez; 60(6): 670-5.
16. Ciconelli RM. Tradução e validação para o português do Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). 1997. 143f. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo;1997.
17. Patterson JM, Holm EK, Gurney JG. The impact of childhood cancer on the family: a qualitative analysis of strains, resources, and coping behaviors. Psycho-Oncology. 2004; 13(6): 390-407.
18. Bradford R. Children, families and chronic disease. London: Routledge. 1997
19. Carvalho CS. A necessária atenção à família do paciente oncológico. Revista Brasileira de Cancerologia. 2008; 54 (1): 97-102.
20. Cardoso CM. Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: stress e enfrentamento. Estudos de Psicologia, Campinas. 2010; 27 (1): 13-20.
21. Silva FAC. Representação do processo de adoecimento de Crianças e adolescentes oncológicos junto aos Familiares. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009 abr-jun; 13 (2): 334-41.
22. Beck ARM. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador. Rev Bras Enferm, Brasília. 2007 nov-dez; 60(6): 670-5.

Data de Submissão: 30/01/2017

Data de Aceite:24/03/2017

UM ENLACE DA NEFROLITÍASE COM A ARTRITE GOTOSA

The link with gout and nephrolithiasis

Paulo César Gottardo¹

Maria Roberta Melo²

Sibelli Fabrícia Oliveira dos Santos³

Marianna Maciel Schettini de Queiroz⁴

Marília Belmont Magalhães de Sousa⁴

RESUMO

A artrite gotosa é uma doença crônica caracterizada por inflamação das articulações com crises agudas e recidivantes por depósito de cristais de ácido úrico, sendo a mais prevalente doença articular inflamatória, principalmente após os 40 anos e em homens (4H: 1M). Em virtude do aumento da expectativa de vida, associada à alteração dos hábitos alimentares, sua incidência elevou e, conseqüentemente, há maior risco das complicações clínicas, como o acometimento renal. Com isso, este trabalho busca demonstrar, através de um relato de caso, a relação entre a artrite gotosa e a nefrolitíase em paciente com quadros agudizados e recidivantes destas patologias. Homem, 45 anos, sedentário, apresentou quadro súbito de dor intensa em região lombar direita com ultrassonografia evidenciando nefrolitíase. Após cinco anos, evoluiu com quadro agudo de dor em pontada de forte intensidade na primeira articulação metatarsofalangeana do pé direito, sendo diagnosticada artrite gotosa e iniciado tratamento com colchicina, obtendo boa resposta. Iniciou seguimento clínico, com terapia de manutenção com alopurinol, hidratação oral adequada e uma dieta hipoproteica, evitando alimentos como leite e seus derivados, bebidas alcoólicas, carnes vermelhas e excesso de lipídios e carboidratos. Aos 52 anos, após período de descuido da terapia, apresentou nova nefrolitíase seguida por crise gotosa, ambas do lado direito. As informações obtidas em entrevista clínica e na literatura médica foram suficientes para alcançar o objetivo do trabalho.

1 Docente da disciplina de Semiologia Médica da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE).

2 Docente da disciplina de Reumatologia da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE).

3 Acadêmica do curso de medicina do 8º período da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE).

Email: sibelli_fabricia@hotmail.com.

4 Internas do curso de medicina do 9º período da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE).

A excreção renal ineficiente de ácido úrico é encontrada em 90% dos pacientes com gota primária e relaciona-se ao primeiro quadro de nefrolitíase. A hiperuricemia (> 7mg/dl) leva a supersaturação e precipitação em forma de cristais nas articulações (podagra no pé direito) e em outros órgãos (nefrolitíase). A avaliação reumatológica detalhada de um paciente com nefrolitíase de repetição deve ser sempre aventada, sobretudo, em casos associados à hiperuricemia e quando houver fatores de risco associados à artrite gotosa.

Palavras-Chave: Gota. Nefrolitíase. Reumatologia.

ABSTRACT

The gouty arthritis is the most prevalent inflammatory chronic disease. Characterized by inflammation of the joints with acute crises and recurrent cases by deposition of uric acid crystals especially after 40 years and in men (4M:1W). Thus, this work seeks to demonstrate the relationship between the gouty arthritis and nephrolithiasis in patients with acute and recurrent cases of these diseases. Man, 45 years old, sedentary, presented sudden severe pain in the right side of lumbar spine and ultrasound showing nephrolithiasis. After five years, evolved with acute pain in the pang of strong intensity on the first articulation metatarsofalangeana of right foot, being diagnosed gouty arthritis and initiated treatment with colchicine, getting a good response. Hyperuricemia (> 7mg/dl) takes the supersaturation and precipitation in the form of crystals in the joints (podagra in the right foot) and in other organs (nephrolithiasis). The assessment detailed rheumatologic a patient with nephrolithiasis of repetition should always be considered, especially in cases associated with hyperuricemia and when there are risk factors associated with gouty arthritis.

Keyword: Gout. Nephrolithiasis. Rheumatology

INTRODUÇÃO

A gota é uma doença reumatológica caracterizada por uma inflamação intensa das articulações e acomete principalmente a primeira articulação metatarsofalangeana. De início súbito, o quadro provocado é de dores intensas, calor, rubor e tumefação, e incide, predominantemente, na população masculina, acima de 40 anos de idade

(4 homens : 1 mulher). Em virtude do aumento da expectativa de vida, associada às alterações dos hábitos alimentares, a incidência da gota tem se elevado ¹.

O principal fator responsável pelas crises de gota é a taxa elevada de ácido úrico no sangue (acima de 7,0 mg/dL, para homens). O ácido úrico em geral dissolve-se no sangue e é excretado pela urina, através dos rins. No indivíduo diagnosticado com gota, entretanto, os níveis de ácido úrico no sangue atingem patamares tão altos que se formam cristais de ácido úrico. Estes são depositados nas articulações e em outros tecidos, causando inflamação do revestimento da articulação (sinóvia) ¹.

A elevação do ácido úrico no sangue pode ser de diferentes etiologias; defeitos genéticos, que levam a um aumento em sua produção, e a incapacidade dos rins em excretar a substância são algumas das causas possíveis. Outros fatores como: dieta rica em carnes e frutos do mar, ingestão abusiva de álcool e o consumo de alguns medicamentos, também podem elevar os níveis de ácido úrico e desencadear a artrite gotosa ².

Quando não tratada, a gota pode se complicar, causando cálculos renais e deposições de cristais de urato de cálcio sob a pele ².

Assim, para a formação de cálculos renais de ácido úrico é necessário pH urinário baixo inferior a 5,5 (pK 5,75), volume urinário baixo e a excreção urinária de ácido úrico. Qualquer situação que determine um pH urinário baixo pode precipitar o ácido úrico e induzir a cristalização com formação de litíase úrica ².

Este trabalho tem como objetivo descrever a relação da fisiopatologia da artrite gotosa e nefrolitíase, através de um relato de caso estabelecendo uma possível correlação de causa-consequência que é descrita na literatura, mas pouco relatada na prática clínica.

METODOLOGIA

O estudo é essencialmente qualitativo e desenvolveu-se sob a forma de um relato de caso, envolvendo a artrite gotosa e uma de suas manifestações clínicas: a nefrolitíase recorrente. Deste modo, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo identificado pelo protocolo 75/2016 e CAAE: 57903916.2.0000.5179.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista com o paciente, análise de dados clínicos e exames complementares.

A entrevista ocorreu por meio de formulário previamente elaborado, com questionamentos específicos direcionados aos objetivos do trabalho, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no momento da coleta de dados e Termo de Anuência, concedido por representante do local da pesquisa.

Além disso, foram consultados artigos científicos das bases de dados Scielo, LILACS, BVS a fim de se obter um maior aprofundamento e embasamento sobre o tema.

RELATO DE CASO

Homem, 45 anos, sedentário, apresentou quadro súbito de dor intensa em região lombar direita com ultrassonografia, evidenciando nefrolitíase. Após cinco anos, evoluiu com quadro agudo de dor em pontada de forte intensidade na primeira articulação metatarsofalangeana do pé direito, sendo diagnosticada artrite gotosa e iniciado tratamento com colchicina, obtendo boa resposta. Iniciou seguimento clínico, com terapia de manutenção com alopurinol, hidratação oral adequada e uma dieta hipoproteica, evitando alimentos como leite e seus derivados, bebidas alcoólicas, carnes vermelhas e excesso de lipídios e carboidratos. Aos 52 anos, após período de descuido da terapia, apresentou nova nefrolitíase seguida por crise gotosa, ambas do lado direito.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O uso de diuréticos e aspirinas em dose baixa, hipertensão arterial sistêmica (HAS), síndrome metabólica, ingestão de bebidas alcoólicas, insuficiência renal crônica e obesidade, são fatores que aumentam a incidência da doença^{3,4}. Também vemos o desenvolvimento de outras comorbidades relacionadas à fisiopatologia da doença, como dislipidemia, alterações do metabolismo glicêmico, síndrome metabólica e doença cardiovascular, o que alerta para a gravidade da doença que vai além das lesões articulares⁵.

Em estudos feitos em 50 pacientes, entre 1978 até 1982, foi visto que a Gota é mais comum em negros e em homens. Nesse estudo foi visto que pacientes que já tinham HAS previamente, desenvolveram uma lesão articular permanente. Ademais, foi visto que pacientes que desenvolveram esta artropatia precocemente, evoluíram com HAS, litíase renal, tofos e poliartrite⁶.

Sabemos que a cristalização do urato, proveniente do ácido úrico, é a causa da artropatia e suas consequências. Esse ácido úrico é provindo da alimentação, produção corporal e ingestão de medicamentos ou bebidas alcoólicas, e é o produto final da metabolização das purinas. A excreção dessa substância é feita pela urina, sendo quase totalmente excretado. São excretados cerca de 250 mg de ácido úrico por dia ⁷. Quando sua concentração fica maior que 7mg/dl nos homens e 6mg/dl nas mulheres, ocorre um processo de precipitação e depósito nas articulações, principalmente, e em outros órgãos. Após isso, os polimorfonucleares reagem contra esses compostos, causando uma reação inflamatória no local ⁸. Sabendo disso, é importante associar essa cristalização do urato com o meio de excreção pelo rim, pois esse mecanismo está associado às consequências renais comuns em pacientes gotosos ⁷.

A gota, como já mencionado, pode se desenvolver em áreas extra-articulares. O principal local é o rim, devido ao processo de excreção do ácido úrico. Mais comumente, este é expressado na forma de urolitíase (cerca de 33% de pacientes gotosos apresentam essas manifestações), também podendo manifestar-se em forma de nefropatia aguda. Na litíase renal, como foi observado no paciente em questão, há formação de cálculos que tem em sua constituição apenas ácido úrico ou a predominância deste. Isso se deve ao fato de haver uma hiperuricemia no paciente, havendo pouca solubilidade do ácido úrico ⁷. Então, observa-se que existe uma correlação entre o desenvolvimento de cálculo renal em presença de artrite gotosa, pois a fisiopatologia e o meio de excreção do ácido úrico podem levar à formação de cristais de urato, nas vias urinárias, e consequente reação inflamatória, obstruindo a passagem da urina e causando todos os sintomas de litíase renal visto no paciente e em vários outros gotosos que já passaram por esta situação: dor forte na região lombar sem melhora com analgésicos convencionais.

Com o tratamento convencional para a gota, tanto o farmacológico como o não farmacológico é possível evitar a progressividade da doença assim como outros episódios de litíase renal, devendo seguir as instruções rigidamente ⁷. Ao tratar a artrite gotosa, o paciente, como descrito no caso, também passa a não apresentar nefrolitíase por ácido úrico.

Para o tratamento da crise da gota aguda, usam-se antiinflamatórios não hormonais, glicocorticoides e colchicina com dose de 1,2 mg, seguida em uma hora por uma dose de 0,6 mg. Não existe um consenso a longo prazo, mas é possível utilizar o alopurinol, dose diária a 300 mg por tempo indeterminado, que

é um inibidor potente da enzima xantina-oxidase, que é a responsável pela produção de ácido úrico. Outros medicamentos vêm surgindo e sendo utilizados para a doença, como o febuxostat (dose oral de 40 e 80 mg/dia) que é um inibidor seletivo da enzima xantina-oxidase e consegue os mesmos resultados do alopurinol com doses menores. Também existem além desses medicamentos, os uricosúrios, que vão agir no túbulo contorcido proximal impedindo a reabsorção de ânions urato, aumentando a excreção de ácido úrico. O mais utilizado no mercado é o probenecide (2 g/dia), muito utilizado associado aos inibidores da enzima xantina-oxidase, e que, juntos, mostram excelentes resultados para a diminuição de tofos. Porém, o uso desse medicamento aumenta o risco de urolitíase, o que não seria bom para o paciente que apresenta histórico de formação de cálculos devido à doença. Existem outros medicamentos sendo estudados, mas os mais utilizados hoje ainda são esses ⁹.

O tratamento não farmacológico é uma dieta pobre em purinas, não ingerir bebidas alcoólicas, evitar comidas que tenham excesso de lipídios e carboidratos ⁷. Desta forma, torna-se indispensável um acompanhamento reumatológico com apoio multiprofissional, em especial, os nutricionistas e educadores físicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseado na etiologia e fisiopatologia da gota, o paciente necessita de acompanhamento, preferencialmente multiprofissional, a fim de manter o quadro clínico estável e de forma preventiva a evitar complicações da doença, tais como manifestações de quadros dolorosos de nefrolitíase e/ou progressão da doença, culminando em artrite gotosa com danos articulares relevantes associados, caso não controlados os fatores de risco.

A relação entre a artrite gotosa e a nefrolitíase é evidente, uma vez que a etiologia comum é capaz de desenvolver agravos ao paciente, a partir da cristalização do urato. De forma que, a artrite gotosa pode evoluir com as nefrolitíases de repetição, o que desencadeia aumento da morbidade do paciente.

A avaliação detalhada e contínua do paciente é, portanto, fundamental ao controle da doença, além de desempenhar função primordial para a garantia do bem-estar do indivíduo diagnosticado com gota.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à professora Rosa Rita da Conceição Marques, ao Rebert Medeiros dos Santos e ao Edvaldo Libânio dos Santos por suas contribuições sem as quais esse estudo não seria possível.

REFERÊNCIAS

1. Araújo RL. Gota. Revista Brasileira de Reumatologia. Sociedade brasileira de reumatologia, 16 de junho de 2015.
2. Gomes NP. Profilaxia da litíase renal. Serviço de Urologia do Hospital Distrital de Faro, 2005. [Acesso em 02 de agosto de 2015]. Disponível em: <http://www.apurologia.pt/acta/3-2005/junior.pdf>.
3. Sarmiento JF, Cavalcante VA, Sarmiento MTR, Braz AS, Freire EAM. Artrite da gota tofácea crônica mimetizando artrite reumatoide. Rev. Bras. Reumatol. [Internet]. Dez 2009 [Acesso em 02 de agosto de 2015]; 49(6):741-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042009000600011&lng=pt.<http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042009000600011>.
4. Pinheiro GRC. Revendo a orientação dietética na gota. Rev. Bras. Reumatol. [Internet]. 2008 Jun [Acesso em 12 de outubro de 2015]; 48(3): 157-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042008000300005&lng=pt.
5. Cruz BA. Gota. Rev. Bras. Reumatol. [Internet]. 2006 Dec. [Acesso em: 15 de outubro de 2015]; 46(6): 419-422. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042006000600010&lng=en.
6. Chuster MS, Houli Jacques. Gota: estudo de 50 pacientes. Folha méd. jan.-fev. 1985. [Acesso em 01 de novembro de 2015]; 90(1/2):19-26. Tab. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=30115&indexSearch=ID>
7. Fellet AJ, Pinto EOA, Barbosa LF, Soares GF. Gota. Rev. Bras. Reumatol. Jul. 2013. [Acesso em 04 de novembro de 2015];70: 252-9. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=5459&fase=imprime.
8. Lin KC, Lin HY, Chou P. The interaction between uric acid level and other risk factors on the development of gout among asymptomatic hyperuricemia men in a prospective study. J Rheumatol 2000;27:1501-5.
9. Gonçalves RSG, Batista BA, Duarte ALBP. Gota e hiperuricemia: formas atípicas, novos tratamentos e risco cardiovascular. Rev Bras Medicina. Out. 2010;11(5):18-24. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?>

fase=r003&id_materia=4481.

Data de Submissão: 09/01/2017

Data de Aceite: 24/03/2017

PERCEPÇÃO DOS PACIENTES DO ATENDIMENTO ESPECIALIZADO SOBRE A CRISE HIPERTENSIVA

Perception of specialized care of patients on hypertensive crisis

Vanuza Maria Reis de Oliveira¹
Salmana Rianne Pereira Alves²
Cláudia Germana Virgínio de Souto²
Glaydes Nely Sousa da Silva²

RESUMO

O presente estudo teve como objetivos identificar a percepção dos pacientes de uma unidade especializada sobre a crise hipertensiva, bem como traçar o perfil socioeconômico dos pacientes entrevistados; averiguar os motivos pelos quais procuram a unidade especializada e avaliar a importância dos cuidados da enfermagem em pacientes em crises. A pesquisa foi do tipo exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa. Como instrumento para a coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada, composta por questões relacionadas à percepção dos usuários do SUS sobre a temática, a caracterização sociodemográfica dos participantes, tendo as variáveis: sexo, idade, estado civil, condições de moradia, nível de escolaridade, profissão e renda família, bem como a assistência de Enfermagem. A amostra foi composta por 30 (trinta) usuários do SUS que buscavam algum tipo de atendimento especializado. A realização da pesquisa ocorreu mediante a autorização da direção da Policlínica Leonard Mozart e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa-CEP da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança–FACENE. No presente estudo foram consideradas as condutas éticas regidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os resultados apontaram uma significância dos sujeitos a respeito do desconhecimento da crise hipertensiva, e sobre as ações da enfermagem que necessitam de um reconhecimento por parte dos clientes e da equipe multiprofissional, com fins de proporcionar maior visibilidade às atividades da enfermagem, no que diz respeito às práticas educativas que visem favorecer aos clientes

¹Enfermeira. Especialista em Regulação em Saúde. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo - SP. E-mail: vanuzamro@gmail.com.

² Enfermeiras. Mestres. Docentes da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE.

hipertensos, a importância da enfermagem nos cuidados primários e sua compreensão sobre a gravidade da patologia.

Palavras-Chave: Hipertensão. Enfermagem. Emergência.

ABSTRACT

This study aimed to identify the perception of patients of a Special Unit on Hypertensive crisis and outline the socioeconomic profile of patients interviewed; ascertain the grounds on which the Special Unit seek and evaluate the importance of nursing care for patients in crisis. The research was exploratory and descriptive, with quantitative and qualitative, approach as an instrument used to collect data, using a semi-structured interview consists of questions related to perception of PHS users on the topic, the socio-demographic characteristics of the participants and the variables: gender, age, marital status, housing conditions, education level, profession and income family as well as care nursing. The sample consisted of thirty³⁰ PHS users, seeking some kind of specialized care. The realization of the research took place with the permission of the direction of Polyclinic Leonard Mozart and approval by the Research Ethics Committee - (CEP) of New Hope School - FACENE. The present study considered the ethical conduct governed by Resolution 466/12 of the National Health Council (CNS). The results showed a significance of the subjects regarding the lack of hypertensive crisis, and about the actions of nursing that require an acknowledgment by customers and the multidisciplinary team, for purposes of providing greater visibility in nursing activities with respect educational practices designed to encourage customers to hypertensive patients the importance of nursing in primary care and understanding about the severity of the condition.

Keywords: Hypertension. Nursing. Emergency.

INTRODUÇÃO

A pressão arterial (PA) é o reflexo dos efeitos articulados, débito cardíaco (DC) (fluxo sanguíneo arterial por minuto) e da resistência a esse fluxo proporcionado pelos vasos periféricos. Desta forma, a pressão arterial é definida como força/unidade de área

exercida pelo sangue, contra as paredes arteriais durante um ciclo cardíaco, e pode ser expressa pela seguinte equação: $PA = DC \times \text{resistência vascular periférica (RVP)}$ ¹.

Outro conceito de PA é que:

A pressão arterial sistêmica é a pressão exercida sobre as paredes das artérias durante a sístole ventricular. Ela é afetada por fatores como o débito cardíaco, distensão das artérias e volume, velocidade e viscosidade, é expressa como a proporção da pressão sistólica sobre a pressão diastólica, com os valores normais para o adulto variando de 100/60mmHg até 14/90mmHg ².

A problemática sobre portadores de hipertensão arterial (PA) em nosso país é algo alarmante, pois 17 milhões de pessoas estão acometidas desta patologia, sendo que dessas, 35% tem a partir da 40 anos idade. Vale ressaltar que o surgimento desta patologia também tem afetado de forma precocemente 4% das crianças e adolescentes. Por sua vez o índice de morbimortalidade elevada caracteriza-se um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo ³.

Não obstante, a crise hipertensiva é considerada uma das complicações da hipertensão arterial, assinalada por uma elevação célere, inadequada, prolongada e sintomática da pressão arterial, com ou sem risco de lesionar alguns órgãos-alvo. Pode levar a um risco instantâneo no qual se considera a pressão arterial diastólica superior a 120 mmHg em indivíduos previamente hipertensos ⁴.

A pesquisa justificou-se pelo aumento da demanda de usuários à procura da verificação da PA, o qual passou a ser preocupante para os enfermeiros. Desse modo os hipertensos tornaram-se prioridade no serviço.

Os serviços correspondentes à média complexidade ambulatorial são compostos por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento ⁵.

Indubitavelmente, os profissionais de saúde, a exemplo da enfermagem que tem este contato preliminar com os pacientes, conforme já relatado anteriormente, têm uma importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos

para informar e educar o paciente hipertenso como deve fazê-lo para seguir o tratamento indicado pelo médico.

Estudos sobre as transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas no século passado determinaram um perfil de risco em que a hipertensão arterial, assumiu um ônus crescente e preocupante. Esta continuidade, nos tempos hodiernos, mantém as prevalências em que os estudos epidemiológicos, realizados a partir da medida casual da pressão arterial, registram o predomínio da hipertensão de 40% a 50% entre adultos com mais de 40 anos de idade ⁶.

No que diz respeito às formas de abordar as condutas terapêuticas para a hipertensão arterial, pode-se apontar como sendo o tratamento baseado em Modificações do Estilo de Vida (MEV: perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, etc), e o tratamento medicamentoso. A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção de hipertensão e do manejo daqueles com HAS ⁷.

É importante destacar que algumas situações podem ocasionar uma elevação da pressão arterial sem, no entanto, ser considerada crise hipertensiva. A pseudocrise hipertensiva, caracterizada por elevação da pressão arterial decorrente de estresse psicológico ou de dor, não apresenta sinais evidentes de lesão em órgãos-alvo, nem risco de vida quando da avaliação física e verificação de exames complementares, necessitando, portanto, seus portadores de serem encaminhados e acompanhados em ambulatório. Outra situação que pode ser confundida com a crise hipertensiva é a hipertensão arterial crônica descontrolada, que não apresenta sinais e/ou sintomas, nem representa urgência ou emergência hipertensiva, devendo receber tratamento semelhante à pseudocrise hipertensiva ⁸.

A partir do discurso apresentado, é mister a promoção da saúde, a implementação de estratégias que possam contribuir na prevenção de doenças e suas complicações nos sujeitos, ou seja, uma certa ação assistencialista e também curativa.

O intento da pesquisa foi verificar a respeito da percepção dos usuários do SUS em uma Unidade Especializada em Saúde sobre o conhecimento da crise hipertensiva e da importância da enfermagem diante de suas ações primárias no contato com os pacientes.

METODOLOGIA

Este estudo consistiu em uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa ⁹ e qualitativa ¹⁰, feitas em pacientes que procuram a rede de uma Policlínica Especializada na cidade de Cabedelo-PB. Esta subsidiou as análises posteriores que demonstraram os motivos das demandas dos pacientes a procurarem o setor de enfermagem, antes mesmo de serem consultados pelos médicos, bem como, os casos de urgências e emergências que adentram a unidade apresentando os fortes indícios de crises hipertensivas.

A pesquisa foi realizada em período diurno no mês de outubro de 2015, na qual foi utilizada a entrevista semiestruturada, guiada por uma relação de questões de interesse, tal como um roteiro, que o investigador vai explorando ao longo de seu desenvolvimento ¹¹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos com a realização da presente pesquisa serão expostos a seguir na mesma sequência do roteiro de coleta de dados, através de gráficos e tabelas, utilizando-se de formas numéricas e percentuais, através de discussão de acordo com a literatura pertinente

Tabela 1 - Distribuição das frequências referentes aos dados sócio-demográficos dos entrevistados (n=30). Policlínica/Cabedelo, PB. 2015.

SEXO	n^o	%
Masculino	05	17
Feminino	25	83
IDADE	N^o	%
17 - 37	06	20
38 - 58	13	43
58 - 80	11	37
ESTADO CIVIL	N^o	%
Casado(a)	12	40
Solteiro(a)	14	47
Viúvo(a)	01	3
Divorciado	03	10
CONDIÇÕES DE MORADIA	N^o	%
Própria	21	70
Alugada	03	10
Mora com os pais	06	20
NÍVEL DE ESCOLARIDADE	N^o	%
Ensino Fundamental I Incompleto	11	37
Ensino Fundamental I completo	02	7
Ensino Médio Incompleto	03	10
Ensino Médio completo	11	37
Superior Incompleto	01	3
Superior completo	01	3
Não respondeu	01	3
PROFISSÃO	N^o	%
<i>Do lar</i>	06	20
<i>Doméstica</i>	04	13
<i>Curso Técnico</i>	03	10
<i>Outras profissões</i>	15	50
<i>Sem resposta</i>	02	7
RENDA FAMILIAR	N^o	%
> Que o salário	02	7
1 – 3 salário	22	73
5 – 6 salário	01	3
Sem resposta	05	17
TOTAL	30	100

Fonte: PESQUISA DIRETA, CABEDELLO-PB 2015.

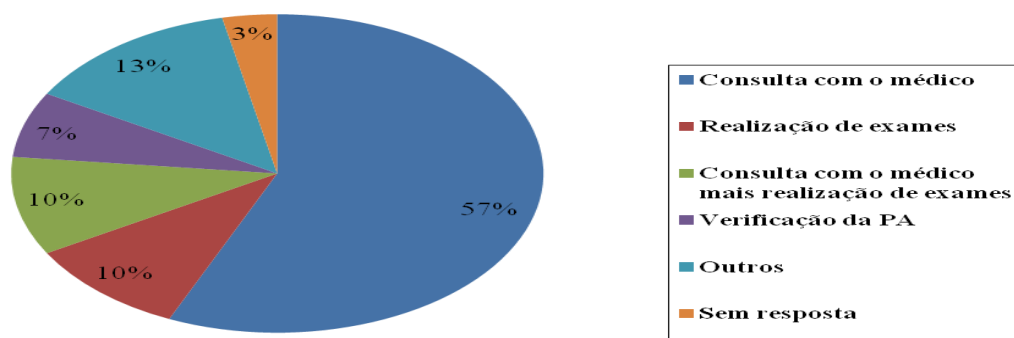
De acordo com os dados, observou-se que 83% das mulheres (n=25), apresentaram uma participação significativa nos serviços de atenção básica, enquanto que, no universo masculino, apenas 17% (n=17). No que diz respeito à faixa etária,

registrou-se que a maioria 43% (n=13) possui idade entre 38 e 58 anos. Já no que se refere ao estado civil, a prevalência é de 47% (n=14) que se declararam como solteiros.

Sobre as condições de moradia, houve uma maior concentração de 70% (n= 21), que afirmaram residir em casa própria. Quanto ao nível escolaridade, 37% (n=11) relataram ter cursado o Ensino Fundamental I incompleto e 37% (n=1) concluíram o Ensino Médio.

Em relação às profissões, a maioria, 50% (n=15) afirmaram que exercem outras atividades profissionais; outros 20% (n =6) mencionaram a profissão Do lar como suas atividades profissionais. Observou-se também que a renda familiar prevalente na pesquisa 73% (n=22); percebem de 1-3 salários mínimos.

Gráfico 1 - Distribuição das frequências referentes aos motivos que levaram a procurar a unidade especializada (n=30). Policlínica/Cabedelo-PB, 2015.



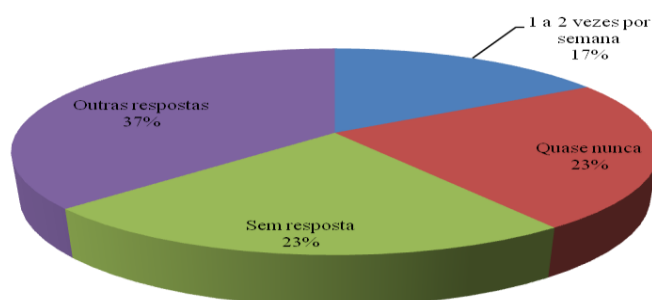
Fonte: PESQUISA DIRETA, CABEDELLO-PB/ 2015.

No que diz respeito aos motivos que levaram os pacientes a procurarem a Unidade Especializada, verificou-se um quantitativo significativo entre os entrevistados como sendo a busca pela consulta com os médicos de 57% (n= 17), e para outros, como sendo também a realização de exames 10% (n= 3), bem como, acompanhados pela consulta com médico e realização de exames 10% (n= 3).

O atendimento médico auxilia na orientação do paciente no sentido e conscientizá-los a desenvolver ações de intervenções preventivas, relacionadas com mudança de hábitos de vida, realizações de atividades saudáveis e rastreamento de doenças em períodos assintomáticos ¹².

Diante desta socialização sobre o hipertenso, é de grande importância que o sujeito busque orientação médica com o escopo de melhorar sua qualidade de vida e o controle do pico hipertensivo, uma vez que a ausência da busca ao tratamento pode resultar em um significativo prejuízo a sua saúde, assim como, sequelas irreparáveis e até mesmo risco de morte ¹³.

Gráfico 2 - Distribuição das frequências referentes a quantas vezes procuram o serviço de enfermagem para verificar a PA (n=30). Policlínica/Cabedelo, PB. 2015.



Fonte: PESQUISA DIRETA, CABEDELLO-PB/2015.

Conforme se pode verificar, a maioria dos pacientes busca outros tipos de serviços que não sejam relacionados à enfermagem 37 % (n= 11); já outros quase nunca 23% (n= 7), procuram os serviços de enfermagem para aferir a PA.

É importante a aferição da pressão arterial na detecção precoce da doença porque a hipertensão arterial, quando oportuna e adequadamente tratada, reduz a morbidade e mortalidade cardiovascular. A medida da pressão arterial é um procedimento simples, fácil de ser executado e deve ser realizada em todas as avaliações de saúde independente da especialidade do atendimento ¹⁴.

A VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão orienta que o sujeito que apresentar a pressão arterial < 130mmHg < 85mmHg, deve ser reavaliado no período de um ano pelo médico, o qual poderá estimular mudanças de estilo de vida. Para aqueles que apresentarem PA 130-139(mmHg) / 85-89 (mmHg), através também de orientação médica, será reavaliado em seis meses e, havendo a constatação, insistirá em mudanças do estilo de vida, bem como considerará MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial) e o MRPA (Monitorização Residencial da Pressão Arterial). Nos grupos de sujeitos com PA de 160-170(mmHg) / 100-109 (mmHg), terá a confirmação

em um mês, considerando MAPA/MRPA e $\geq 180 \geq 110$, a intervenção medicamentosa imediatamente ou a reavaliação em uma semana, conforme orientação médica ¹⁵.

Tabela 2 - Distribuição das frequências referentes à descrição das percepções dos entrevistados sobre o conhecimento da PA (n=30). Policlínica/Cabedelo, PB. 2015.

	nº	%
Ter uma boa alimentação e não ingerir grande quantidade de sal	8	27
Deve estar alerta por causar outros males à saúde	3	10
Considera ser uma doença grave	4	13
Não sabem informar sobre a doença	10	33
Não responderam	5	17
TOTAL	30	100

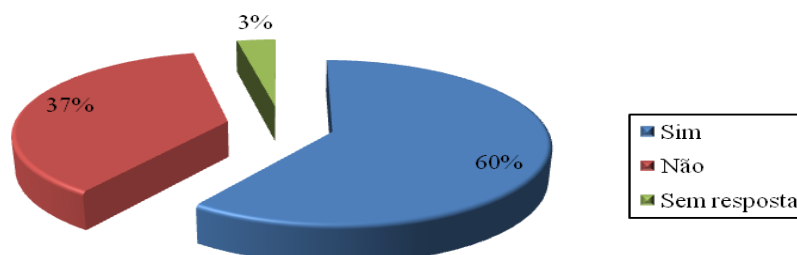
Fonte: PESQUISA DIRETA, CABEDELLO-PB, 2015.

Conforme descrições relatadas, os percentuais significativos destacaram que 33% (n=10) dos entrevistados não souberam informar sobre a doença referente à pressão arterial; já outros 27% (n=8), declararam que têm conhecimento sobre a pressão arterial e, por isto, procuram ter uma boa alimentação e não ingerir grande quantidade de sal.

O desconhecimento ou a compreensão incorreta sobre a doença, bem como o desconhecimento sobre as formas de controle da hipertensão e/ou as consequências advindas da doença, podem acarretar falhas na adesão e oferecer riscos para a saúde ¹⁶.

Gráfico 3 – Distribuição das frequências referentes à caracterização dos entrevistados que já tiveram crise hipertensiva (n=30). Policlínica/Cabedelo, PB.

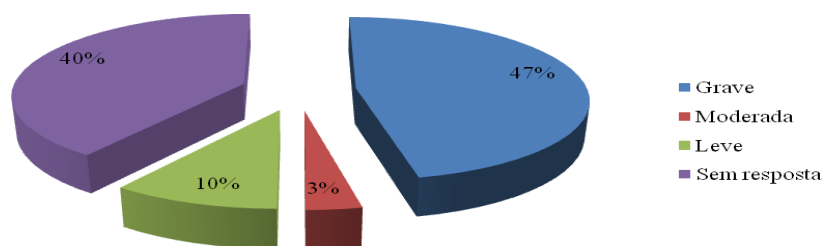
2015



Fonte: PESQUISA DIRETA, CABEDELLO-PB/ 2015.

Com relação ao acometimento de crises hipertensivas sentidas pelos entrevistados, observa-se que 60% (n=18) apresentaram crise hipertensiva, enquanto outros 37% (n=11) não tiveram crise. 3% (n=1) não responderam sobre quaisquer acometimentos de crises hipertensivas em seus acompanhamentos de saúde.

Gráfico 4 - Distribuição das frequências referentes os valores da pressão arterial durante crise hipertensiva (n=30). Policlínica/Cabedelo, PB. 2015.

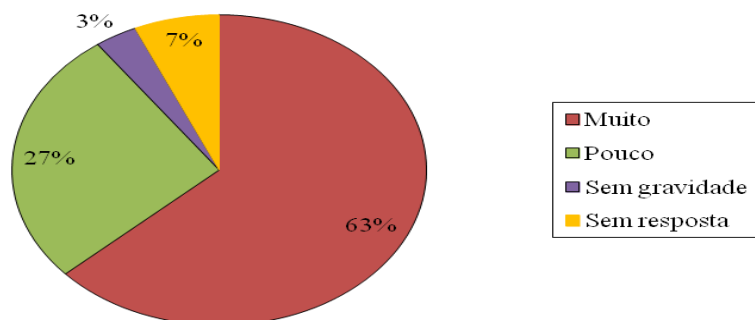


Fonte: PESQUISA DIRETA, CABEDELLO-PB/ 2015.

No quesito que se refere ao valor da PA, os percentuais de maiores significância manifestados pelos entrevistados foram: 47% (n=14) apontaram como sendo grave os valores da PA; e outros 40% (n= 12) não responderam sobre o questionamento.

A hipertensão arterial (HA) é a causa principal no que diz respeito ao fator de risco para a morbidade e mortalidade precoces motivadas por doenças cardiovasculares. Vale ressaltar que estudos epidemiológicos apontam para os níveis elevados de pressão arterial (PA), os quais aumentam o risco de doença vascular cerebral, doenças coronarianas, insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência renal crônica ¹⁷.

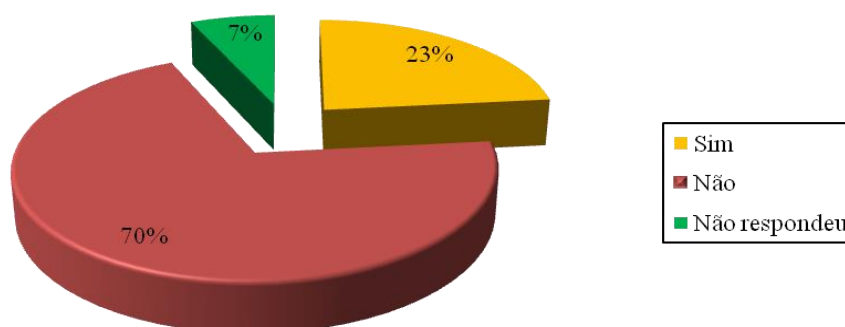
Gráfico 5 - Distribuição das frequências referentes à percepção dos entrevistados, se consideram a hipertensão uma doença grave (n=30). Policlínica/Cabedelo, PB. 2015.



Fonte: PESQUISA DIRETA, CABEDELLO-PB/ 2015.

Com relação à percepção dos entrevistados, no que diz respeito à hipertensão como doença grave, registrou-se que 63% (n= 19) consideram como sendo Muito Grave; já 27% (n= 8) os consideram a hipertensão como Pouco grave. Vale ressaltar que 7% (n=2) não responderam e outros 3% (n=1) relataram a doença hipertensiava como sendo sem gravidade.

Gráfico 6 - Distribuição das frequências referentes ao recebimento de orientação pela equipe de enfermagem sobre hipertensão (n=30). Policlínica/Cabedelo, PB. 2015.



Fonte: PESQUISA DIRETA, CABEDELLO-PB/ 2015.

De acordo com o Gráfico 6, no que tange ao recebimento de orientação pela equipe de enfermagem sobre hipertensão, a maioria 70% (n=21) respondeu que não

recebeu da enfermagem orientação sobre hipertensão. Enquanto 23% (n=7) declararam que sim, que receberam orientações da enfermagem sobre a hipertensão.

O acompanhamento do enfermeiro é de fundamental importância ao usuário, quando este procura o serviço de saúde, ou necessita que sejam realizadas algumas intervenções coletivas, levando em consideração o perfil da comunidade assistida. Assim, é de fundamental importância a realização de uma prevenção bem planejada, com o intuito de amenizar os riscos da hipertensão. Através de uma eficiente orientação adequada, deve-se sempre focar a orientação sobre os riscos da doença ¹⁸.

Tabela 2 - Distribuição das frequências referentes às descrições das atividades diárias realizados pelos participantes da pesquisa (n=30). Policlínica/Cabedelo, PB. 2015.

	Nº	%
Acorda cedo, executam atividades domésticas e não realiza atividades físicas.	11	37
Faz caminhadas e realiza atividades domésticas	3	10
Realiza pequenas atividades em virtude de restrições a saúde	3	10
Realiza serviços domésticos	2	7
Não pratica atividades físicas	1	3
Pratica esporte e estuda	1	3
Só trabalha	1	3
Não responderam	8	27
Total	30	100

Fonte: PESQUISA DIRETA, CABEDELLO-PB/ 2015.

No que diz respeito às atividades diárias dos entrevistados, 37% (n= 11) relataram que acordam cedo, executam atividades domésticas e não realizam atividades físicas; outros 27% (n=8) não responderam a questão.

Os sujeitos ativos correm menos risco de desenvolverem doenças crônicas e os menos ativos têm maiores índices de mortalidade em virtude da hipertensão e outras patologias. Ressalta-se também que, de acordo com estudos, a população atual gasta menores taxas de calorias diariamente do que se gastava há 100 anos. Fato este que se

leva a interpretar o aparecimento de diversas patologias, como sendo a elevação brusca da pressão arterial a mais comum, fazendo com que o indivíduo desenvolva hipertensão arterial sistêmica (HA) ou pressão arterial alta ¹⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa foi de suma importância para que a equipe de enfermagem pudesse obter uma visão científica a respeito dos clientes hipertensos que procuram os serviços de saúde, bem como a caracterização sociodemográfica destes sujeitos, com o escopo de melhorar os programas da enfermagem, no âmbito educativo para que os clientes possam compreender sobre a importância do conhecimento da hipertensão e, assim, melhorar sua qualidade de vida e o seu bem-estar biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

1. Mcardle WD, Katch FI, Katch VL. Fisiologia do Exercício: energia, nutrição e desempenho humano. 5^o ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
2. Brunner & Sudarth. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico. 11^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Cherney A, Strauss S. Management of patients with Hypertensive Urgencies and Emergencies. A systematic review of the literature. J Gen Intern Med. 2002;17:937-45.
5. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS; 2007.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011 / Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília; 2010.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília; 2006.
8. Lopes RP, Feitosa Filho GS. Crise hipertensiva. Rev. Soc. Bra. Clin. Med., São Paulo. 2005;3(4):113-6.

9. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2006.
10. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.
11. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
12. Stein A, Zelmanowicz AM, Lima AK. Promoção da saúde e detecção precoce de doenças no adulto. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 567-75.
13. Busnello RG, et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. Arquivos Brasileiros de Cardiologia Porto Alegre. 2001;76(5):349-351.
14. Sociedade Brasileira de Cardiologia SBC; Sociedade Brasileira de Hipertensão SBH e Sociedade Brasileira de Nefrologia SBN. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. São Paulo; 2010.
15. Sociedade Brasileira de Hipertensão VI, ISSN 1809-4260. São Paulo; 2010.
16. Couto MT et al. O homem na Atenção Primária à saúde: discutindo a (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero.. Interface comun. Saúde educ.[online]. 2010 mar; [citado 2010 dez 10]; 14(33): [aprox.13 telas]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci_arttext.
17. Matos MFD, Silva NAS, Pimenta AJM, Cunha AJLA. Prevalence of risk factors for cardiovascular disease in employess of the research center at Petrobras. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo. 2004;82:5-8.
18. Marchi-Alves LM, Nogueira MS, Mendes IAC, Godoy S. Leptina, hipertensão arterial e obesidade: importância das ações de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2010;23(2):286-90.
19. Topol EJ. Tratado de Cardiologia. Rio de Janeiro. 2ª ed. Editora Guanabara Koogan S.A.; 2005.

Data de Submissão: 02/03/2016

Data de Aceite: 07/02/2017

ANSIEDADE EM MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL

Anxiety in gestational women

Maria Eudocia Viana Severo¹

Anderson Felix dos Santos²

Vagna Cristina Leite da Silva Pereira³

RESUMO

A gestação é um momento de grandes transformações fisiológicas, psicológicas e sociais, normalmente um período visto com alegria, embora algumas mulheres vivenciem alguns agravos à saúde mental. Diante deste contexto este estudo teve como objetivo investigar níveis de ansiedade em mulheres no período gestacional. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritivo de natureza quantitativa que foi realizada em uma faculdade privada de João Pessoa-PB, com 14 gestantes. Foi utilizado um formulário com questões semiestruturadas e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado - IDATE. A coleta se deu no mês de abril de 2015. De acordo com os resultados a maioria das mulheres 64%, não planejou a gravidez, embora 78,5% convivam com o pai da criança. Em relação à ansiedade, verificou-se semelhança nos escores das escalas a maioria apresentou nível médio (86%) de Traço de ansiedade e de Estado de ansiedade. Os resultados apresentados indicam a necessidade de valorizar aspectos psíquicos durante a gravidez, fazendo-se necessário que profissionais de saúde se sensibilizem a respeito da temática valorizando além dos aspectos físicos, o bem estar emocional das gestantes como fator de proteção para saúde mental.

Palavras-Chave: Saúde mental. Saúde da mulher. Gestação. Ansiedade.

ABSTRACT

Gestation is a time of great physiological, psychological and social changes, this period is usually seen with joy, although some women experience some health problems. In this context, the objective is: to investigate anxiety in pregnant women related to the participation of the partner in the gestational period. Exploratory research of a quantitative nature carried out at the Nova Esperança Nursing College in João Pessoa / PB, with 14 pregnant women.

¹Enfermeira, Graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE).

²Discente do Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE).

³Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UFPB. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.. Email: vagna.cristina@bol.com.br.

A form with semi-structured questions and the IDATE-Trait-State Anxiety Inventory was used. The collection took place in April 2015. According to the results most of the women 64% did not plan the pregnancy, although 78.5% cohabit with the father of the child and of these, 64%, reported that the partner participates Only with regard to the financial aspects of gestation. Concerning anxiety, it is observed that most presented average level (86%) of Anxiety Trait and mean level of Anxiety State (86%). The results point out the need to value psychic aspects during pregnancy, as well as the participation of the partner in this period, because their presence promotes positive aspects, contributing to the emotional balance of the woman. It is necessary that health professionals become aware of the issue, involving the father in the pregnancy process, valuing beyond the physical aspects, the emotional well-being of the pregnant women.

Keywords: Mental health. Women's health. Anxiety.

INTRODUÇÃO

A mulher historicamente vem construindo um novo papel social, ocupando espaços no que diz respeito à economia e a sociedade. Mesmo com as diferenças de gênero, que tem sido motivo de lutas sociais, elas têm buscado seu reconhecimento, ocupando papéis outrora meramente masculinos. A figura feminina tem adquirido uma maior autonomia e liberdade de expressão, bem como, emancipação do seu corpo, de suas ideias e posicionamentos pessoais ¹.

Atualmente verificam-se progressos no que tange à saúde da mulher, e um dos objetivos do Desenvolvimento do Milênio, consiste em promover melhorias, reduzindo a mortalidade materna em 75%. Diante de tal conjuntura, reafirma-se a importância de otimizar o planejamento e execução das políticas públicas de saúde da mulher que têm como prioridade promover a assistência integral, visando à diminuição da morbimortalidade deste grupo ².

Objetivando atender tais necessidades, o Ministério da Saúde em 1984 elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde existente, sendo

implementada uma nova abordagem, modelo pioneiro, inclusive no cenário mundial ³.

Uma das prioridades desse programa consiste em prover assistência à mulher no período gravídico e de puerpério, uma vez que, durante a gestação elas vivenciam grandes dificuldades e anseios, desencadeados pelas diversas transformações hormonais, fisiológicas e emocionais características desta fase tão suscetível ao desenvolvimento de agravos à saúde ⁴.

Dentre as patologias mais frequentes nesse período, destacamos o sofrimento mental. Pois esta é uma nova etapa do ciclo de vida familiar que pode ocasionar ansiedade e estresse pela necessidade de uma nova adaptação, principalmente nos primeiros meses, sendo assim, a mulher necessitará de apoio de todos aquelas pessoas do seu convívio ⁵.

O ciclo gestacional é marcado por alterações emocionais, característica do período, tornando a mais vulnerável ao aparecimento de transtornos psíquicos que podem podendo influenciar no desenvolvimento da gestação e na saúde do bebê ⁶.

Portanto na gestação, por mais contraditório que parecer ser, muitas mulheres apresentam episódios de tristeza, ansiedade e até sintomas psicóticos, ainda que esse período seja socialmente considerado um momento de bem-estar emocional na vida da mulher ⁷.

Verifica-se que na gravidez a prevalência da depressão chega a 7,4% no primeiro trimestre, 12,8% no segundo e 12% no terceiro trimestre, a depressão pós-parto propriamente dita é uma condição comum que afeta 10% a 15% das mulheres no puerpério e pode persistir até por cerca de um ano em 40% dos casos ⁸.

Portanto o adoecimento mental no período gravídico puerperal é bem comum, e dentre os agravos que ocorrem com frequência destaca-se a ansiedade, uma patologia que pode surgir em decorrência da multiplicidade de papéis a serem desempenhados pela mulher, como o de mãe, filha, cônjuge e profissional ⁹. A ansiedade aqui apresentada é definida pelas sensações ou sentimentos que ocasionam sintomas de caráter psicológico e físicos, podendo se apresentar como uma condição transitória acompanhada de tensão, e assim ser caracterizada como Estado de ansiedade e ainda ser reconhecida como uma condição identificada frequentemente em indivíduos propensos a manifestação desse agravo, ou seja pessoas hipersensíveis aos estímulos e psicologicamente mais reativo, e assim ser classificado como um traço de ansiedade ⁷.

Esse quadro de adoecimento tem sido frequente identificado em gestantes pois a mulher tem assumido uma nova postura social assim a ansiedade ocorre como resposta

as expectativas e frustrações resultando em sentimentos negativos por estas não desempenharem efetivamente todas as suas atribuições ⁹.

Assim a gestação deve ser encarada como período de vulnerabilidade para manifestação de agravos a saúde mental, tornando-se essencial o envolvimento de todos os membros da família no processo gestacional e puerperal além da necessidade de uma assistência pré-natal mais efetiva que busque trabalhar além das necessidades orgânicas as demandas psíquicas. Pois quando surgem os problemas psíquicos no período gestacional e no pós-parto os prejuízos não se limitam apenas a mulher, estes afetam diretamente a criança ¹⁰.

Sendo assim, reitera-se a importância de trabalhar propostas de prevenção e cuidados a saúde mental no período gestacional, visto que proporciona muitos benefícios a saúde do binômio mãe-filho, contribuindo para a formação de vínculos emocionais que favorecem uma maternidade participativa e afetiva.

Embora os agravos à saúde mental tenha sido motivo de interesse por parte de pesquisadores nos últimos anos, na gestação verifica-se lacunas na assistência pré-natal no que diz respeito à temática embora seja esse o momento de grandes transformações físicas, psíquicas e sociais tornando a mulher suscetível à manifestação desses agravos ¹¹.

Diante desse fato este estudo se deu para responder o seguinte questionamento: Qual o nível de ansiedade em mulheres no período gestacional?

Portando, o objetivo desse estudo foi investigar nível ansiedade em mulheres no período gestacional.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório descritivo com abordagem quantitativa, realizado em uma faculdade privada de João Pessoa (PB). A população do estudo foi constituída por 30 gestantes cadastradas em um grupo que participa de atividades vinculadas a extensão na referida instituição. A amostra desse estudo foi do tipo aleatório por conveniência, definida pela facilidade de acesso ao público investigado, finalizando-se com um total de 14 gestantes definidas de acordo com critérios estabelecidos para realização do estudo, ser maior de 18 anos e esta ativa nas atividades do projeto de extensão.

A pesquisa foi realizada entre abril e junho de 2015. Utilizou-se um questionário

para caracterizar o grupo investigado e melhor compreender a realidade das mulheres investigadas. Ainda foi aplicado como instrumento de pesquisa o IDATE (Stait-Trait anxiety- inventory) Inventário de Ansiedade Traço-Estado, que foi desenvolvido por Spielber em 1970 e traduzido por Biaggio e Natalício em 1979, com a finalidade de monitorar o estado de ansiedade. Ele está dividido em duas escalas paralelas, uma para medir a ansiedade traço (IDATE-T), e a outra para medir a ansiedade de estado (IDATE-E), sendo constituída de 20 itens cada escala ¹².

A primeira se refere às características relativamente constantes ao longo do tempo, ou seja, perguntas que se referem a acerca de como os sujeitos se sentem. A segunda, por sua vez, é referente a um momento ou situação particular. Neste caso, os escores mudam em intensidade de acordo com o perigo percebido e a variação no tempo. O escore total da escala varia de 20 a 80, os valores mais alto indicam um nível maior de ansiedade ¹².

O procedimento de coleta de dados se deu a partir da autorização do professor responsável pelo projeto de extensão para inserção do aluno pesquisador nas atividades do grupo de gestantes e após esta etapa iniciou a coleta. Ao final dos encontros as mulheres eram conduzidas a uma sala reservada para garantir privacidade durante o processo, elas preenchiam os instrumentos e na oportunidade quando se fazia necessário eram fornecidas orientações para melhor compreensão das participantes a respeito das questões.

Os dados foram apresentados em forma de tabelas e analisados de forma descritiva à luz da literatura.

A pesquisa obedeceu todos os aspectos que preconiza a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, com aprovação do CEP da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança João Pessoa/PB, com CAAE: 42053315.2.0000.5179.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados apresentados pela Tabela 1 participaram deste estudo, 14 gestantes maiores de 18 anos, das quais 64% possuíam renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos. Dentre as profissões informadas 64% eram donas de casa, 71,5% delas cursavam o ensino fundamental e 64% diziam viver em união estável ou casada.

No que se refere a gestação, verifica-se que na maioria dos casos, ou seja 64% delas não planejaram a gravidez.

Tabela 1 – Distribuição de frequência de acordo com o perfil socioeconômico das gestantes. João Pessoa, 2015.

VARIÁVEIS		Nº	%
Idade	18 a 25 anos	7	50
	>26 anos	7	50
Renda Familiar	< Salário Mínimo	5	36
	1 a 2 Salários Mínimos	9	64
Profissão	Dona de Casa	9	64
	Estudante/ Agricultora/ outras	5	36
Estado Civil	Solteira	5	36
	Casada/ União Estável	9	64
Escolaridade	Ensino Fundamental	10	71,5
	Ensino Médio	4	28,5
Total		14	100

Fonte: PESQUISA DIRETA, 2015.

No que se refere aos níveis de ansiedade de acordo com a Tabela 2, observa-se que a maioria apresentou escore positivo para ansiedade e que no grupo 86% apresentaram nível médio de traço de ansiedade e 14% nível baixo de traço de ansiedade, resultados igualmente identificados na escala de estado de ansiedade.

Tabela 2 - Distribuição de respostas sobre a participação do parceiro na gestação e sentimentos das gestantes. João Pessoa, 2015.

VARIÁVEIS	Nº	%
Gravidez planejada		
Sim	5	36
Não	9	64
Convive com o pai da criança		
Sim	11	78,5
Não	3	21,5
Qual a participação do seu parceiro na gestação		
Financeira/Emocional	9	64
Ausente	5	36
Total	14	100

Fonte: PESQUISA DIRETA, 2015.

Apresentar características do perfil socioeconômico do grupo investigado faz-se importante, visto que estas variáveis influenciam na predisposição aos agravos a saúde, nesse contexto delineou-se aspectos relevantes para a problemática aqui investigada.

Inicialmente considera-se a idade materna, pois este é um dos indicadores importantes para classificação do risco no período gestacional e nos últimos anos tem se identificado um aumento das taxas de gravidez antes dos 20 e após 35 anos de idade. Esses dados apontam uma maior suscetibilidade a taxas de morbimortalidade materna, uma vez que se verifica que os riscos mais evidenciados estão associados a algumas variáveis, como a idade reprodutiva e as características socioeconômicas desfavoráveis ¹³.

No que se refere à ocupação de doméstica, neste estudo, enfatiza-se a monotonia da rotina associada a pouca possibilidade de mudança que pode resultar em frustrações para a mulher que almeja realização profissional e não encontra possibilidades de alcançar o seu desejo. Dentre os motivos destaca-se também o desejo por ter filhos ou a pressão posta por seu parceiro, aspectos que podem ser determinantes para a ocorrência do sofrimento mental ¹⁴. Considera-se ainda que variáveis como baixa escolaridade, gênero feminino e baixa renda aumentam a prevalência de transtornos comuns nas mulheres e estas apresentam uma maior incidência na população geral ¹⁵.

Sendo assim, as mães com baixa renda apresentam maiores chances de demonstrarem sintomas de ansiedade, em consequência da situação socioeconômica e não por condições neurológicas. Pesquisadores analisaram 5.000 pais e descobriram que

mães que recebiam comida de graça ou tinham dificuldade para pagar suas contas tinham probabilidades 2,5 maiores de terem sintomas que poderiam levar a um diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada ¹⁶.

A estabilidade das relações conjugais identificadas neste estudo apresenta-se como aspecto positivo, ou seja, um fator de proteção, pois as relações familiares se caracterizam como um pilar indispensável ao período gravídico, visto que, família é antes de tudo um complexo de relações de natureza existencial, que vincula o seu titular a outras pessoas. A estabilidade das relações resulta na iniciação da organização familiar que é determinada pela gestação, momento considerado marcante na vida da mulher principalmente no que se refere aos aspectos psíquicos, pois este é um período no qual ocorre um reajustamento e adaptação a sua vida ⁴.

No período gestacional pode ocorrer uma ambivalência de sentimentos e pensamentos, pois a chegada de um filho pode acontecer independente de ter sido ou não planejado. Ocorre uma mistura de sentimentos: preocupação, alegria, medo, ansiedade e até tristeza. Acontecendo de forma diferente entre as grávidas manifestando-se em maior ou menor intensidade, fazendo com que elas vivenciem sensações físicas e emocionais intensas ¹⁷.

Quando a gravidez é planejada existe um maior cuidado e zelo por parte da mulher, acarretando não só benefícios para a saúde da mãe, bem como para a criança. Neste grupo de gestantes verificou-se que a maioria não programou a gestação, portanto tornam-se mais vulneráveis a exposição de agravos à saúde, pois elas tendem a ser relapsas.

De acordo com estudo, este grupo de gestantes fuma, ingere bebidas alcoólicas, tende a desenvolver ansiedade e depressão, não faz uso do ácido fólico, inicia o pré-natal tardiamente e algumas vezes interrompe a gestação ¹⁸. Dessa forma, uma gravidez não desejada pode acarretar danos à vida do casal, em especial a mulher que manifesta sentimentos de rejeição, que de forma natural, são transferidos ao feto.

Embora a política de saúde direcionada ofereça condições de autonomia no momento da gestação, ainda é frequente a ocorrência da gravidez indesejada, segundo estudo realizado no estado do Rio Grande Do Sul com 2.557 gestantes, 65% das investigadas não haviam planejado a gestação ¹⁸. Dentre os motivos identificados verifica-se associação da prevalência a fatores socioeconômicos ¹⁹.

Portanto a gravidez indesejada pode ser considerada um dos fatores para manifestação dos episódios de ansiedade, pois quando acontece surgem conflitos

familiares que elevam os níveis de estresse ocasionando perturbação do sono e alterações no apetite afetando assim a saúde física e psíquica da gestante ²⁰.

Um importante fator desencadeador de ansiedade, perpetrando com que as mães vivenciem de forma única esta experiência. Quando acontece de forma inesperada considerada inoportuna ocorre o rompimento da idealização da maternidade e da criança que vai nascer, a mulher apresenta sentimentos como medo, raiva, tristeza, que vão implicar no seu bem estar físico e mental ²¹.

Considera-se a vulnerabilidade da grávida a ansiedade por ser esse o período que envolve o novo, o desconhecido ²². Nesse interim dá-se a importância em investigar os níveis de ansiedade em grávidas, pois quando se detecta a elevação destes, conseqüentemente ocorre problemas futuros à criança que esta por vir ²³.

Estudo realizados sobre ansiedade com a utilização do IDATE com mulheres no período puerperal identificou-se escores maiores que 50% para ansiedade-estado e traço de ansiedade ²⁴.

Estes resultados mostram as semelhanças nos resultados das escalas de traço e estado de ansiedade, assim como foi identificado neste estudo. Segundo pesquisadores que construíram o IDATE, esse resultado é esperado já que existe uma tendência de que pessoas com alta prevalência de ansiedade do tipo traço, em situações compreendidas como ameaçadoras e que representam um desafio, tenham também intensa Ansiedade-Estado ¹².

É comum verificar ansiedade em mulheres que vivenciaram a maternidade ²³, pois são muitos os fatores que podem promover sofrimento psíquico neste período, nesse sentido enfatiza-se a necessidade de trabalhar os aspectos relacionado a saúde física e mental durante a gestação procurando identificar dificuldades iniciais para que exista possibilidade de se reparar ou amenizar os possíveis danos a saúde da mulher e da criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação é compreendida como um momento formidável na vida da mulher, ainda que algumas delas vivenciem nesse período problemas que resultem em agravos a saúde mental, a exemplo da alta prevalência de ansiedade entre gestantes identificada nesta investigação.

Embora esta pesquisa apresente limitações no que se refere ao quantitativo da amostra, dada ao número restrito da população por trata-se de um grupo fechado, os

resultados deste estudo reafirmam a importância do profissional de saúde identificar e valorizar as necessidades psíquicas apresentadas pela mulher na assistência pré-natal, sendo essa uma das possibilidades de cuidado e prevenção para crises de ansiedade e comorbidades associadas.

Sendo assim, os resultados apresentados aqui nos remetem à necessidade de discussão e reflexão no que se refere à assistência a mulher no período gravídico, pois na atualidade, na grande maioria das vezes, esta assistência se limita as necessidades orgânicas e os aspectos referentes à saúde mental não são identificados ou trabalhados nesta oportunidade, fato este que vem acarretando uma alta prevalência de doenças mentais no período gravídico puerperal.

Por fim o presente estudo coloca a questão em foco, como possibilidade de ampliar discursões a respeito da temática.

REFERÊNCIAS

1. Ramos L, Aguas MFF, Furtado LMS. Participação feminina na força de trabalho metropolitano: o papel do status socioeconômico das famílias. *Economia Aplicada*. 2011 [acesso em 2016 jan 1]; 15(4): 595-11. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-80502011000400004
2. World Health Organization. 10 Facts on maternal health. Geneva: WHO; 2014. [acesso em 2016 març 07]. Disponível em: <http://www.who.int/en/>
3. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
4. Piccinini CA. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [internet]. 2012 [acesso em 2016 mar 03]; 25(1): 27-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n1/04.pdf>.
5. Rapoport A, Piccinini CA. Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Psico USF* [internet]. 2011 [acesso em 2016 jan 20]; 16(2): 215-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v16n2/v16n2a10.pdf>.
6. Silva RA, Ores LC, Mondin TC, Rizzo RN, Moraes IGS, Jansen K et al. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. *Cad. saúde pública* [internet]. 2010 [acesso 2016 abr 16]; 26(9):1832-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/16.pdf>.
7. Soares AB, Martins JSR. Ansiedade dos estudantes diante da expectativa do exame vestibular. *Paidéia* [internet] .2010[acesso 2016 mar 16]; 20(45): 57-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000100008&script=sci_abstract&tlng=pt

8. Rennó JJ et al. Saúde mental da mulher : transtornos psiquiátricos relacionados ao ciclo reprodutivo. Rev Debate em Psiquiatria. [internet].2012[acesso em 2016 mai 24] Ano 2 (6):6-9. Disponível em:
http://www.abp.org.br/download/revista_debates_nov_dez_2012.pdf
9. Spink MJP. Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos. 7ª ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
10. Gryscek ALFPL, Nichiata LYI, Fracolli LA, Oliveira MAF, Pinho PH. Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari – São Paulo. Saúde e Sociedade [internet]. 2014 [acesso em 2016 fev 08]; 23(2): 689-00. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0689.pdf>.
11. Lins ALFP et al. Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari. Saúde Soc. [internet]. 2014.[acesso em 2016 jun 10]; 23(2);689-700. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0689.pdf>
12. Spielberger, C., Biaggio, A. & Natalício, L. (1979). Inventário de ansiedade traço estado: manual de psicologia aplicada. Rio de Janeiro: Cepa.
13. Santos GHN, Martins NG, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. Rev Bras Ginecol Obstet [internet]. 2009 [acesso em 2016 fev 18];31(7): 326-34. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a02.pdf>.
14. Araújo TM, Almeida MMG, Santana CC, Araújo EM, Pinho PS. Transtornos mentais comuns em mulheres: Estudo Comparativo entre donas de casa trabalhadoras. Rev Enferm UERJ [internet]. 2006 [acesso em 2016 mar 23]; 14(2): 260-69. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v14n2/v14n2a17.pdf>
15. Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Virtuoso Júnior JS. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. Rev Bras Epidemiol [internet]. 2010 [acesso 2016 mar 24];13(4): 630-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000400008
16. Klein C. Educação de mulheres-mães pobres para uma “infância melhor”. Revista Brasileira de Educação [internet]. 2012 [acesso 2016 mar 25]; 17(51): 647-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v17n51/09.pdf>.
17. Leite MG, Rodrigues DP, Sousa AAS, Melo LPT, Fialho AVM. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. Psicologia em Estudo [internet]. 2014 [acesso 2016 mar 26]; 19(1):115-24. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n1/12.pdf>
18. Prietsch, SOM, González-Chica DA, César JA, Mendoza-Sassi RA. Gravidez não

- planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. Cad. saúde pública [internet]. 2011 [acesso 2016 mai 27]; 27(10): 1906-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n10/04.pdf>.
19. Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. Esc Anna Nery Rev Enferm [internet]. 2009 [acesso em 2016 mai 25]; 13(1): 154-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21>.
 20. Teixeira C. Ansiedade e depressão em mulheres e homens durante a gravidez. [Dissertação]. Porto: Faculdade de medicina Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2011.
 21. Vasconcelos L, Petean EBL. O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. Psicologia, Saúde & Doenças [internet]. 2009 [acesso em 2016 mar 29]; 10(1): 69-82. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v10n1/v10n1a06.pdf>.
 22. Silva RA, Ores LC, Mondin TC, Rizzo RN, Moraes IGS, Jansen K et al. Transtornos mentais comuns e auto estima na gestação: prevalencia e fatores associados. Cad. Saúde Pública [interenet]. 2010 [acesso 2016 abr 16]; 26(9):1832-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/16.pdf>.
 23. Rodrigues OMPR, Schiavo RA. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. Rev Bras Ginecol Obstet. [internet]. 2011 [acesso em 2016 jan 10]; 33(9):252-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n9/a06v33n9.pdf>
 24. Silveira FCP, Padovani FHP, Peraçoli JC. Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. Rev Bras Ginecol Obstet. [internet]. 2009 [acesso 2015 nov 22]; 31(9):433-9. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n9/a03v31n9.pdf>

Data de Submissão: 17/12/2017

Data do Aceite: 07/02/2017

ENFOQUE LÚDICO NA EDUCAÇÃO E PROFILAXIA DAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

Playful approach in education and prophylaxis of infections and parasitic diseases

José Nildo Silva Junior¹
Raul José Albuquerque²
Onielly Câmara²
Rurick Vanderlei²
Clélia Mota³
Ana Karina Maia³

RESUMO

O presente ensaio busca como objetivo o desenvolvimento de atividades lúdicas com caráter educativo para crianças da 1ª fase do ensino fundamental de escolas públicas do município de João Pessoa-PB, como também, professores, funcionários e pais dessas crianças, visando contribuir para a educação e profilaxia das doenças infecciosas e parasitárias. Na busca de conseguir esse objetivo, realizamos um estudo de caráter exploratório e descritivo, através do acervo e base de dados em saúde, PUBMED e SCIELO, para aquisição de informações acerca de metodologias de ensino de caráter lúdico. Nesse sentido, dividimos nosso trabalho em dois grupos, dos quais participaram pessoas de faixas etárias diferentes, buscando relacionar o aspecto lúdico como forma de ensino-aprendizagem. Com o primeiro grupo foi abordado apenas para crianças, na qual foram desenvolvidos jogos e outros recursos lúdicos. As palestras fizeram parte do segundo grupo e foram destinados aos funcionários e pais. Utilizando perguntas e respostas, nos pré-testes e pós-testes, ficou evidenciado o aprendizado através das ações desenvolvidas. Os resultados obtidos ao final do trabalho mostraram-se promissores.

Palavras-Chave: Parasitoses. Doenças Bacterianas. Prevenção de doenças. Jogos e brinquedos.

¹Graduando em Bacharelado em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, (FACENE, João Pessoa, Paraíba). E-mail: nildoenfer@hotmail.com.

²Graduandos em Bacharelado em Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança, (FAMENE, João Pessoa, Paraíba).

³Docentes das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – (FACENE/FAMENE, João Pessoa, Paraíba) Orientadoras do Projeto de Extensão - Buscando Saúde: Um Enfoque Lúdico na Educação e Profilaxia das Enteroparasitoses e Doenças Bacterianas.

ABSTRACT

The present essay seeks as an objective the development of ludic activities with an educational character for children in the 1^a phase of elementary school, of a public school in the municipality of João Pessoa-PB, as well as, teachers, employees and parents of these children, as a way of contributing For the prophylaxis of infectious and parasitic diseases. In order to achieve this objective, we carried out an exploratory and descriptive study, through the collection and health database, PUBMED and SCIELO, for the acquisition of information about teaching methodologies of ludic character. In this sense, we divide our work into two parts, which uses people from different age groups, seeking to relate the ludic aspect as a form of teaching-learning. With the first group was approached only for children, in which games and other recreational resources were developed. The lectures were part of the second group and were intended for staff and parents. Using questions and answers, in the pre-tests and post-tests, was evidenced the learning through the developed actions. The results obtained at the end of the study were promising.

Keywords: Parasitic diseases. Bacterial Diseases. Prevention of diseases. Games and toys.

INTRODUÇÃO

Segundo dados da UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) ¹ cerca de 16 mil crianças com idade inferior a 5 anos morrem diariamente. Essa taxa poderia ser diminuída com medidas simples e eficazes, entretanto a prevalência das doenças infantis está ligada ao fator socioeconômico, evidenciando a carência de redes voltadas para essa população. Nos últimos anos a AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) foi implantada, pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de minimizar esse quadro de mortalidade, a gravidade e a frequência de doenças, aumentando a sobrevida das crianças ².

As doenças infecciosas e parasitárias que afetam o trato gastrointestinal constituem um sério problema de saúde pública no Brasil, apresentando maior hegemonia em populações que vivem em ambientes rurais, lugares com precária

condição sanitária, além da ausência de conhecimento, resultando em altos índices de morbidade infantil, sendo esse público os mais vulneráveis a quadros infecciosos ^{3,4}.

A educação em saúde é uma ferramenta muito útil para aplicar a temática das doenças infecciosas e parasitárias, em razão de favorecer o aprendizado, promovendo benefícios à saúde das pessoas; pois o conhecimento adquirido mediante a esta didática auxilia na difusão, corroborando na prevenção das doenças. Com essa percepção o próprio indivíduo assegura a aquisição, manutenção e promoção de sua saúde ⁵.

A ludicidade na educação infantil tem sido uma das estratégias mais bem sucedidas no que concerne à estimulação do desenvolvimento cognitivo e de aprendizagem de uma criança. Essa atividade é significativa porque desenvolve a capacidade de atenção, memória, percepção, sensação e todos os aspectos básicos referentes à aprendizagem ⁶. O lúdico é um facilitador para a interação com o meio, sendo assim, é necessário que o educador adote recursos pedagógicos que proporcionem a apropriação do conhecimento científico a fim de que os educandos, no decorrer do processo, apropriem-se de um conhecimento significativo para as suas vidas ⁷.

A alta incidência das doenças infecciosas e parasitárias decorrentes da falta de informação levou ao principal questionamento: como preveni-las? Neste sentido, a utilização da temática de forma lúdica, tornou se uma alternativa eficaz e simples.

O presente trabalho teve por objetivo o desenvolvimento de atividades lúdicas com caráter educativo para crianças da 1ª fase do ensino fundamental, de uma escola pública do município de João Pessoa-PB, como também, professores, funcionários e pais dessas crianças, por meio de palestras e de brincadeiras, ou seja, a troca mutua de conhecimento, como forma de contribuir para a educação e profilaxia das doenças infecciosas e parasitárias. A informação é a melhor forma de prevenção.

DESCREVENDO A EXPERIÊNCIA

Para o desenvolvimento da ação, inicialmente foram realizadas pesquisas de caráter exploratório e descritivo em bases de dados em saúde, PUBMED e SCIELO para aquisição de informações acerca de metodologias de ensino de caráter lúdico.

As atividades foram realizadas por estudantes de graduação das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE), participantes do projeto de extensão intitulado “Buscando Saúde: Um Enfoque Lúdico na Educação e Profilaxia das Enteroparasitoses e Doenças Bacterianas”, durante os semestres letivos

de 2015.1 e 2015.2. O público alvo das ações era formado por alunos da primeira fase do ensino fundamental, pais de alunos, professores e demais funcionários da Escola Municipal de Ensino Fundamental Professor Luiz Augusto Crispim, localizada em João Pessoa, Paraíba.

Após atualização sobre o tema, a etapa seguinte consistiu em uma reunião com a participação da vice-diretora, dos professores, da assistente social e da psicóloga da escola, para a realização de um levantamento sobre a situação atual dos alunos da escola, sendo observados aspectos como: número de alunos, série, idade e desempenho escolar, com o intuito de direcionar as atividades lúdicas respeitando a faixa etária e o cronograma da instituição.

Depois da realização do levantamento, os extensionistas foram treinados quanto às dinâmicas e palestras em saúde com foco na profilaxia das doenças parasitárias e bacterianas. Nesse sentido, dividimos nosso trabalho em dois grupos, os quais usam pessoas de faixa etárias diferentes. Com o primeiro grupo foi abordado apenas para crianças, na qual foram desenvolvidos peças de teatro, hits musicais, e jogos educativos (dominó, jogos de basquete, piscina de bolinhas); As palestras fizeram parte do segundo grupo e foram destinados aos funcionários e pais, para que os mesmos também pudessem participar desse processo de ensino-aprendizagem.

1^a Grupo

As ações voltadas para as crianças foram realizadas na XII e XIII Mostras de Doenças Infecciosas e Parasitárias, que aconteceram na própria Instituição de Ensino Superior (IES) financiadora do projeto e representaram uma manhã de atividades lúdicas, desenvolvidas para alunos da primeira fase do ensino fundamental da Escola participante do projeto, e também para alunos de outras escolas municipais, que foram trazidos para a IES, acompanhados de seus professores em ônibus fretados pela instituição. As atividades lúdicas foram desenvolvidas em tendas ornamentadas e distribuídas no Centro de Vivência da IES, e cada grupo abordou um tema envolvendo uma determinada enteroparasitose ou doença bacteriana estudada.

Na XII Mostra de Doenças Infecciosas e Parasitárias, que aconteceu no dia 14 de Maio de 2015, trouxemos uma tenda intitulada de “Caramujo Sujo”, com suporte para atender 80 crianças, divididas em 8 grupos de 10 cada, as quais ficavam em frente a tenda onde seria realizada toda a mostra. Esta continha uma mesa com fantoches, onde seria contada uma história. No desenvolvimento desta houve a criação de personagens

fictícios através da seguinte situação: Uma menina se contamina com cercárias ao tomar banho num rio com caramujos previamente infectados por miracídios. Na narrativa foi explorado o ciclo, os sinais e sintomas da esquistossomose, o modo de prevenção e a importância de procurar auxílio médico. Buscou-se sedimentar a informação em forma de brincadeiras, adaptadas a linguagem das crianças, com objetivo de promover a educação e a saúde na fase primordial da vida, a infância. Uma delas era um dominó, o qual exemplificava hábitos corretos (lavar as mãos e os alimentos) e errados (defecar próximo a rios). A segunda brincadeira consistia em 3 cestas de basquete, onde cada uma continha uma imagem e a criança deveria jogar a bola na cesta que mostrava o agente transmissor da doença.

A fim de se ter um bom aprendizado, para Gonçalves⁸, é preciso uma união nas atividades escolares:

E não se trata simplesmente de fazer “passeios”, de artificialmente intercalar aulas repetitivas, monótonas, com supostas “saídas” ou excursões divertidas. Trata-se de considerar excursões, atividades extraescolar e aulas em sala, como um todo, como um projeto pedagógico de desenvolvimento de uma determinada disciplina, em que não precisa haver repetição e que a diversão não é inimiga da aprendizagem, ao contrário, quando aprendemos de modo prazeroso, esses aprendizados se tornam muito mais significativos⁸.

O nome da tenda “Caramujo Sujo” foi cuidadosamente escolhido a fim de que a criança associasse o principal vetor da doença e o ambiente insalubre em que poderia adquiri-la, e dessa forma tivesse os devidos cuidados preventivos. Essas infecções poderiam ser evitadas mediante a implantação de redes de saneamento, que assumem significativa relevância epidemiológica e de saúde pública⁹. Percebemos que o foco da peça poderia recair nas “soluções” de médio e curto prazo, como, por exemplo, vigilância de prevalência e incidência, controle de moluscos transmissores e educação sanitária, como o comportamento de contato com a água, entre outras regras básicas de higiene¹⁰.

Necessita-se observar a relação da forma de transmissão da doença, o caramujo e as fezes contaminadas, que foi bem apontada durante a peça, ou seja, o problema dessa

doença não é o caramujo, mas as fezes que o contaminam; que água que não recebe fezes não afeta os caramujos e, por isso, eles permanecem inofensivos¹⁰.

No dia 19 de novembro de 2015 o Projeto de Extensão Buscando Saúde organizou a XIII Mostra de Doenças Infecciosas e Parasitárias, com o tema “Ancilostomínions”, com suporte para atender em torno de 100 crianças, divididas em grupos de 8. A tenda continha uma mesa com fantoches (mínions), com os quais foi desenvolvida uma apresentação abordando de maneira criativa e didática sobre o ciclo, os sinais, sintomas e medidas preventivas da ancilostomose. Na trama, um garoto costumava sair para brincar descalço na rua de areia, contra a vontade de sua mãe que sempre recomendava que ele calçasse as sandálias para não ficar doente. Até que um dia ele começa a se sentir mal após brincar, queixando-se de coceira e vermelhidão num dos pés, dor na barriga, disenteria e tosse, precisando ir ao médico para ter o diagnóstico de Ancilostomose e ser tratado. Após a encenação com os fantoches, uma brincadeira foi realizada para avaliar se as crianças haviam entendido e fixado o assunto exposto. A brincadeira, “Piscina de Bolinha com Bichinhos”, consistia em procurar dentro de uma caixa contendo dezenas de bolinhas as que continham imagens relacionadas ao assunto abordado (Ancilostomose) e explicar o que entendeu sobre aquela imagem.

A ancilostomose é uma doença causada por vermes nematódeos dos gêneros *Necator* e *Ancylostoma* e é transmitida através da penetração ativa de larvas infectantes na pele de indivíduos em contato com ambientes propensos, como o solo contendo fezes contaminadas. Os principais sintomas são palidez, desânimo, cansaço e são decorrentes da anemia comumente relacionada à doença. A prevenção é indispensável para o combate à doença.

“O uso constante de calçado é condição básica para a prevenção das infecções e reinfecções e, portanto, para o êxito de quaisquer tratamentos”¹¹.

A tenda foi nomeada de “Ancilostominios”, fazendo uma referência aos “minions”, personagens de um filme de desenho animado, que são amarelos, que lembra um dos sinais da doença ancilostomose, a cor amarelada da pele, devido a anemia.

2ª Grupo

No dia 12 de junho de 2015 a ação proposta se concretizou através de atividade pontual nas dependências da Escola Municipal de Ensino Fundamental Professor Luiz Augusto Crispim. O evento consistiu em uma palestra Lúdica tendo como público alvo

os pais e funcionários da Escola, e tratou sobre a epidemiologia, manifestações clínicas, sintomas, mas com ênfase na profilaxia das doenças Infecciosas e Parasitárias. Foram abordadas doenças como as Leishmanioses, a Esquistossomose, Teníase e Cisticercose, Catapora, Zika e Chikungunya. Antes e após a palestra foi aplicado um questionário para avaliar o nível de conhecimento e aprendizagem dos sujeitos da pesquisa.

“Construir questionários não é uma tarefa fácil e aplicar tempo e esforço adequados para a construção do questionário é uma necessidade, um fator de diferenciação favorável.”⁽¹²⁾.

Num segundo momento foram realizadas as atividades de intervenção educativa que consistiram em aulas interativas ministradas com auxílio de slides contendo imagens e animações com informações a respeito da profilaxia, transmissão e sintomas das parasitoses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da experiência vivenciada utilizando-se o lúdico nas atividades desenvolvidas com as crianças, pais e funcionários da escola pudemos concluir que o uso dessa metodologia revelou-se eficaz para a construção do conhecimento. Os dados obtidos ratificaram o método como importante estratégia para a profilaxia de enfermidades, evidenciando maior compreensão e assimilação da matéria exposta, permitindo ainda o desenvolvimento de novas habilidades pelos participantes.

Por fim, o objetivo proposto pelo projeto foi alcançado, atendendo as expectativas dos participantes e as necessidades do público-alvo. Apresentando como limitação a realização de ações pontuais, por isso, reiteramos a necessidade de continuar o projeto ampliando e qualificando atividades de forma regular a partir de novos temas e conforme demanda.

REFERÊNCIAS

1. UNICEF. Child Mortality Report [Internet]. 2015. Disponível em: https://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2015_Web_8_Sept_15.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). AIDPI Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AIDPI_modulo_1.pdf.

3. Kubiak K, Wronska M, Dzika E, Dziedziech M, Pozniak H, Leokajtis M, et al. The prevalence of intestinal parasites in children in preschools and orphanages in the Warmia-Masuria province (North-Eastern Poland). *Przeegl Epidemiol*; 2015;69(3): 483-8,601-4. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-26519844>.
4. Mota L, Oliveira E, Machado GM, Dionisio BW, Santos MR, Costa L. O lúdico na prevenção de parasitoses: relato de experiência. In: 11º Congresso Internacional da Rede Unida. 2014. Disponível em: <<http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/2747>>.
5. Rodrigues R, Couto C, Moraes V, Prado G. Parasitoses intestinais: intervenção educativa em escolares. In: VI Encontro Regional Sul de Ensino de Biologia (EREBIO-SUL), 22 a 24 de maio, 2013. Disponível em: http://santoangelo.uri.br/erebiosul2013/anais/wp-content/uploads/2013/07/poster/13331_82_GEISA_PERCIO_DO_PRADO.pdf.
6. Silva L, Tanaka P, Pires MR. BANFISA e (IN)DICA-SUS na graduação em saúde: o lúdico e a construção de aprendizados. *Rev. Bras. Enferm.* 2015;68(1):124-130. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100124&lng=en&nrm=iso.
7. Carvalho B, Montenegro L. Metodologias de comunicação no processo de educação em saúde. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.* 2012;2(2):279-287. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-24831>.
8. Gonçalves AS. Reflexões sobre educação integral e escola de tempo integral. *Cadernos Cenpec.* 2006;(2):1-10. Disponível em: <http://cadernos.cenpec.org.br/cadernos/index.php/cadernos/article/viewFile/136/168>.
9. Barbosa C, Barbosa V, Melo F, Melo M, Bezerra L, Campos J, et al. Casos autóctones de esquistossomose mansônica em crianças de Recife, PE. *Rev. Saúde Pública.* 2013;47(4):684-690. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000400684&lng=en&nrm=iso.
10. Rozemberg B. Saneamento rural em áreas endêmicas de esquistossomose: experiência e aprendizagem. *Ciênc. saúde coletiva.* 1998;3(2):125-141. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231998000200012>.
11. Rey L. Um século de experiência no controle da ancilostomíase. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.* 2011;34(1):61-67. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n1/4320.pdf>.
12. Parasuraman A. *Marketing research.* 2. ed. Addison Wesley Publishing Company, 1991.

Data de Submissão: 11/01/2017

Data de Aceite: 06/02/2017

INFLUÊNCIA DA QUALIDADE DE VIDA NA RESPOSTA TERAPÊUTICA DE PACIENTES COM NEOPLASIAS MALIGNAS

Influence of Quality of Life in the Therapeutic of Patients with Malignant Neoplasms

Vivianne Mikaelle de Morais¹
Ivan Brasil de Araújo Júnior (in memoriam)²

RESUMO

Os sentimentos negativos desencadeados pelo diagnóstico do câncer são influenciados por diversos fatores biopsicosocioculturais, como a incerteza do prognóstico, o medo do sofrer pela dor, a presença de efeitos colaterais do tratamento e a possibilidade de morte, quando a cura torna-se inatingível. O fato é que o modo de enfrentamento da doença e a auto percepção de bem ou mal-estar do paciente parecem contribuir na evolução clínica da enfermidade, podendo constituir-se em cofator terapêutico. O objetivo desse estudo foi analisar a influência da qualidade de vida na resposta terapêutica de pacientes com neoplasias malignas. Para tanto, foi aplicado o questionário de avaliação de qualidade de vida QLQ-C30 em pacientes submetidos à quimioterapia. Em seguida, foram analisadas as evoluções dos participantes, através da consulta de seus prontuários. Os sujeitos foram então divididos em dois grupos: um com evolução favorável e o outro com evolução desfavorável. A partir daí, a qualidade de vida de cada grupo foi quantificada. Foram avaliados 115 pacientes. A idade variou de 20 a 89 anos. A média da qualidade de vida do grupo de pacientes com evolução favorável foi de 83,0 e a do grupo desfavorável 74,0 (valor p 0,0336). O grupo de pacientes que exibiu melhor evolução clínica foi aquele que possuía os maiores índices de qualidade de vida. Neste estudo, portanto, a qualidade de vida se mostrou como um fator preditor positivo da resposta terapêutica dos pacientes portadores de neoplasias malignas.

Palavras-Chave: Qualidade de vida. Resposta terapêutica. Pacientes oncológicos.

1 Médica generalista. Graduada pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.
Email: vivianemorais@hotmail.com

2 Cirurgião Oncológico. Graduado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

ABSTRACT

The negative feelings triggered by the diagnosis of cancer are influenced by several biopsicosocioculturais factors such as the uncertainty of the prognosis, fear of suffering the pain, the presence of side effects of treatment and the possibility of death when the cure becomes unattainable. The fact is that the disease coping mode and self-perception of good or patient discomfort appear to contribute to the clinical course of the disease, and may be constituted in therapeutic cofactor. The aim of this study was to analyze the influence of the quality of life in the therapeutic response of patients with malignancies. Thus, the quality of life assessment questionnaire QLQ-C30 in patients undergoing chemotherapy was applied. Then the evolution of the participants were analyzed by consulting their records. The subjects were then divided into two groups: one with favorable evolution and the other with unfavorable evolution. From there, the quality of life of each group was measured. We evaluated 115 patients. The age ranged from 20 to 89 years. The average quality of life of the patient group with favorable performance was 83.0 and 74.0 of the unfavorable group (p-value 0.0336). The group of patients showed better clinical outcome was the one who had the highest levels of quality of life. In this study, therefore, the quality of life proved to be a positive predictor of treatment response of patients with malignancies.

Keywords: Quality of life. Therapeutic response. Cancer patients

INTRODUÇÃO

Considerando o aumento na expectativa de vida da população e o seu estilo de vida atual, entende-se o motivo da crescente incidência de doenças crônico-degenerativas em nosso meio. Dentre elas, o câncer merece destaque, pois conforme apresenta o relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC)/OMS, o impacto do câncer mais que dobrou nos últimos 30 anos. Em 2008, a IARC/OMS estimou 12,4 milhões de novos casos e 7,6 milhões de óbitos no mundo ¹.

No Brasil, a situação não é diferente, uma vez que as neoplasias malignas constituem, desde 2003, a segunda causa de morte na população. As estimativas de

incidência para o ano de 2010, também são válidas para o ano de 2011, e apontam para a ocorrência de 489.270 novos casos ².

O câncer está entre as principais doenças que mais induz sentimentos "negativos" ao paciente, em qualquer um de seus estágios: o medo do diagnóstico, a incerteza do prognóstico e recorrência, o sofrer pela dor e o enfrentamento da possibilidade da morte ³.

Além disso, a terapêutica anti-neoplásica gera um número expressivo de efeitos colaterais no paciente. A quimioterapia é a principal modalidade implicada na gênese dessa toxicidade, já que esta possui efeito deletério sobre a divisão das células normais do corpo ⁴. Diante dessa perspectiva, percebe-se que a doença interfere diretamente na qualidade de vida do enfermo.

Sendo assim, compreender o verdadeiro conceito de qualidade de vida é fator essencial na Oncologia. A Organização Mundial de Saúde a define como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações” ². Nota-se, portanto, que qualidade de vida é um construto subjetivo, visto que depende da experiência de vida do indivíduo, seus valores e cultura.

Diante disso, este trabalho tem como objetivo investigar a existência de influência da qualidade de vida na resposta terapêutica de pacientes, com neoplasias malignas, atendidos no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró.

METODOLOGIA

Este é um estudo transversal retrospectivo, com caráter quantitativo, realizado no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM), no período de março a julho de 2011.

Para esta pesquisa, foram selecionados 115 pacientes. Estes deveriam possuir algum tipo de neoplasia maligna e estarem sendo submetidos a tratamento oncológico (quimioterapia, radioterapia, cirurgia e/ou hormonioterapia). Os pacientes menores de 18 anos e os adultos que não gozavam mais de autonomia foram excluídos deste trabalho.

Esta pesquisa foi revisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados se deu através da aplicação de um formulário dividido em três partes. A primeira, continha dados demográficos (idade, sexo, grau de instrução e estado civil). A segunda, o questionário de mensuração da qualidade de vida QLQ-C30 (versão 3.0) da EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer). E, a terceira, a descrição da evolução clínica do paciente obtida através da consulta do seu prontuário.

O questionário QLQ-C30 versão 3.0 foi criado pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC), caracteriza-se por ser um instrumento específico de avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos. É utilizado mundialmente, sendo, inclusive validado no Brasil ⁵. O questionário constitui-se de diversas escalas, assim distribuídas: cinco escalas funcionais, três escalas de sintomas, uma escala do estado de saúde global/qualidade de vida, e seis itens únicos ⁶.

Através da consulta aos prontuários, os pacientes foram divididos em dois grupos: um constituído por aqueles que apresentaram uma evolução clínica favorável, durante o tratamento e o outro composto por pacientes que evoluíram de modo desfavorável. Para essa classificação, levou-se em consideração: o estado geral do paciente, o performance status de Karnofsky, a persistência de sintomas, após o tratamento, e a regressão ou a progressão do tumor.

Após essas etapas, procedeu-se com a análise estatística dos dados coletados. Inicialmente foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach, com o objetivo de estimar a confiabilidade do questionário aplicado nesta pesquisa ⁷. Em seguida, calculou-se a média e desvio padrão de todas as escalas do questionário QLQ-C30. Por fim, para verificar a correlação entre as variáveis da pesquisa, foi aplicado o Teste *t-Student* e os resultados foram considerados significativos ao nível de *p value* $\leq 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra constitui-se de 115 pacientes submetidos a tratamento oncológico. No momento da abordagem, todos estavam realizando os ciclos de quimioterapia ambulatorial. Destes, 65% eram do sexo feminino e 35% masculino. Predominaram pacientes casados, com idade média de 60 anos e com ensino fundamental, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1- Características sociodemográficas da amostra

	Características	Frequência	Frequência Relativa
Idade	20-29	05	4%
	30-39	04	7%
	40-49	19	24%
	50-59	29	49%
	60-69	20	67%
	70-79	30	93%
	80-89	08	100%
Sexo	Masculino	40	35%
	Feminino	75	65%
Estado Civil	Solteiro	21	18%
	Casado	94	82%
Nível de escolaridade	Analfabeto	18	16%
	Ens. Fundamental	68	59%
	Ensino Médio	20	17%
	Ensino Superior	09	8%

A Tabela 2 demonstra os cálculos das médias e desvio-padrão da avaliação das variáveis do QLQ-C30. O Estado Geral de Saúde/QV atingiu uma média de 78,32, retratando que, de um modo geral, esses pacientes consideram ter uma boa qualidade de vida. Nas funções física, emocional e cognitiva, as médias variaram de 70,00 a 73,70, demonstrando um nível satisfatório. Nas funções de desempenho de papel e função social, por sua vez, as médias encontradas foram 62,58 e 68,25, respectivamente. Isto revela que após a doença esses pacientes sentem-se mais limitados em realizar suas atividades diárias e têm suas vidas sociais prejudicadas.

Nas escalas de sintomas, houve predomínio de insônia com uma média de 34,51. Com relação à dificuldade financeira, a média encontrada foi de 44,93, demonstrando que apesar do tratamento ser complexo e oneroso, esse fato não tem trazido grandes dificuldades aos pacientes.

Tabela 2- Média e Desvio Padrão das Escalas do Instrumento QLQ-C30

Escalas	($\bar{x} \pm DP^*$)
Estado Geral de Saúde	
Estado Geral de Saúde/QV	78,32±21,86
Escalas Funcionais	
Função Física	70±26,84
Desempenho de Papel	62,58±33,81
Função Emocional	73,70±27,83
Função Cognitiva	72,76±25,63
Função Social	68,25±34,74
Escala de Sintomas	
Fadiga	31,12±29,7
Náuseas e Vômitos	17,4±26,70
Dor	19,87±29,77
Dispneia	14,02±39,62
Insônia	34,51±37,51
Perda de Apetite	27,83±35,64
Constipação	17,1±30,75
Diarreia	9±23,96
Dificuldades Financeiras	44,93±39,81

As medidas da variável Estado Geral de Saúde/QV, com valor p 0,0336, apontam que o grupo de pacientes com critérios clínicos de evolução favorável apresentou uma maior média de qualidade de vida, fato este que demonstra a correlação entre essas duas variáveis (Tabela 3).

Quanto às escalas funcionais, a de Desempenho de Papel foi a única em que a diferença das médias mostrou-se estatisticamente significativa, ou seja, houve evidência amostral suficiente para garantir que os membros do grupo favorável sentem-se melhor no desempenho de suas funções diárias.

Em relação às escalas de sintomas, verificou-se maior prevalência de insônia, fadiga, náuseas e vômitos, dor, perda de apetite e constipação nos pacientes que evoluíram de modo desfavorável. O sintoma predominante tanto no grupo favorável quanto no desfavorável também foi a insônia.

Tabela 3- Média e desvio padrão das escalas do instrumento QLQ-C30 dos pacientes com evolução clínica favorável e desfavorável

Escalas	Evolução Favorável ($\bar{x} \pm DP^*$)	Evolução Desfavorável ($\bar{x} \pm DP^*$)	Teste <i>t</i>	Valor <i>p</i>
Estado Geral de Saúde				
Estado Geral de Saúde/QV	83±21,79	74,32±21,28	2,1513	0,0336 [#]
Escalas Funcionais				
Função Física	75±26,64	65,71±26,48	1,8693	0,0642
Desempenho de Papel	72,06±32,18	54,48±33,29	2,8729	0,0049 [#]
Função Emocional	72,21±29,22	74,98±26,76	-0,5279	0,5987
Função Cognitiva	76,68±24,50	69,40±26,29	1,5347	0,1277
Função Social	64,47±34,80	71,48±34,64	-1,0793	0,2828
Escala de Sintomas				
Fadiga	18,83±26,58	41,63±28,32	-4,4480	0,0000 [#]
Náuseas e Vômitos	9,75±21,77	23,93±28,88	-2,9965	0,0034 [#]
Dor	11,36±21,14	27,14±34,03	-3,0318	0,0031 [#]
Dispneia	7,53±22,29	14,5±28,09	-1,4830	0,1409
Insônia	25,17±35,20	42,5±37,85	-2,5416	0,0124 [#]
Perda de Apetite	16,34±31,11	37,66±36,54	-3,3797	0,0009 [#]
Constipação	8,15±20,56	24,76±35,74	-3,1065	0,0025 [#]
Diarreia	7,55±19,26	10,24±27,44	-0,6158	0,5393
Dificuldades Financeiras	44,04±42,80	45,69±37,40	-0,2191	0,8270

* $\bar{x} \pm DP$: Média \pm Desvio Padrão

Diferença de médias estatisticamente significativa, usando $\alpha = 0,05$.

A Tabela 4 demonstra a relação do Estado de Saúde Global e dificuldades financeiras com o nível de escolaridade dos pacientes. Os pacientes com Ensino Superior foram os que apresentaram menor dificuldade financeira durante o tratamento, porém tiveram pior índice de qualidade de vida.

Tabela 4 - Relação entre estado geral de saúde, nível de escolaridade e dificuldades financeiras

Escalas	Analfabetos	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Superior
Estado Geral de Saúde				
Estado Geral de Saúde/QV	82,3	77,9	80,8	65,4
Escala de Sintomas				
Dificuldades Financeiras	61,2	39,8	49,9	33,4

Em relação à caracterização sociodemográfica da amostra, predominaram pacientes casados e com baixo nível de escolaridade, características estas que contemplam o perfil de atendimento do Sistema Único de Saúde- SUS. A idade média de 60 anos está de acordo com estatísticas que apontam maior incidência do câncer a partir dos 40 anos ².

A medida global da qualidade de vida, apesar da carga negativa da doença, foi bastante satisfatória, fato este que demonstra o valor subjetivo desta variável. Além disso, esse resultado vai ao encontro de um estudo realizado por Veloso (2001) que utilizou o mesmo instrumento de avaliação em sua pesquisa ⁸.

É indiscutível o fato de que a imunossupressão provocada pela quimioterapia, associada a sua toxicidade pelo efeito deletério, sobre a divisão das células normais do corpo, tornam o paciente mais suscetível a efeitos colaterais e complicações. Um estudo, porém mostrou que o bem-estar promove aumento da liberação de neurotransmissores reguladores do sistema imune, tornando, assim, o paciente menos vulnerável⁹. Além disso, a forma com que o paciente vivencia a doença, sua autopercepção de bem ou mal-estar parecem contribuir na evolução biológica da enfermidade, podendo constituir-se em co-fator terapêutico ¹⁰.

Tais explicações justificam o motivo dos pacientes com melhor qualidade de vida terem apresentado evolução clínica favorável.

O comprometimento da variável desempenho de papel foi bem mais expressivo nos pacientes com evolução desfavorável, uma vez que a presença de sintomas, neste grupo, também foi maior. Tal achado favorece a ocorrência de prejuízos na execução das atividades diárias e de lazer desses indivíduos ¹¹.

A prevalência de insônia e fadiga nos pacientes com evolução clínica desfavorável foi semelhante ao resultado de um estudo realizado na Alemanha, que também utilizou o QLQ-C30 em pacientes com câncer colorretal ¹². A fadiga pode ser um efeito adverso do tratamento quimioterápico, ou uma consequência de outros

sintomas como insônia, depressão, ansiedade e falta de apetite¹³. Diante disso, a insônia pode ter sido o principal fator responsável pela fadiga desses pacientes, já que esse sintoma foi o mais prevalente do estudo.

O grupo que evoluiu de modo desfavorável, também foi bastante acometido por perda de apetite. Este achado, é consistente com o relatório de Fang et al que relatou que a perda de apetite estava associada a pior sobrevida em pacientes com câncer de esôfago¹³.

A dor no paciente com câncer, por sua vez, pode ser relacionada com a doença ou o tratamento. Além disso, os fatores psicológicos tais como a depressão, a ansiedade e a cognição influenciam na percepção de dor, contribuindo para o aumento subjetivo de sua intensidade.

A Tabela 4 mostra que os pacientes com Ensino Superior relataram ter um pior índice de qualidade de vida. Isto pode ser explicado pelo fato deles possuírem uma maior percepção racional do seu real estado de saúde, em contraste com aqueles que têm menor nível de instrução.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, a qualidade de vida constituiu um fator prognóstico na evolução clínica de pacientes em tratamento oncológico, uma vez que o grupo que evoluiu de modo favorável foi o que apresentou os melhores índices de qualidade de vida.

Diante disso, ofertar melhorias na qualidade de vida desses pacientes parece constituir uma importante ferramenta a ser utilizada no arsenal terapêutico contra o câncer.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Agência Internacional para Pesquisa em Câncer. World Cancer Report. IARC/OMS; 2008.
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. INCA; 2009.
3. Franzini AS, Silva PG. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis. Revista Brasileira de Cancerologia. 2003; 49 (3): 153-158.

4. Machado SM, Sawada NO. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto Contexto Enfermagem*. 2008; 17 (4): 750-7.
5. Brabo EP. Validação para o Brasil do Questionário de Qualidade de Vida para pacientes com câncer de pulmão QLQ-C30 da Organização Européia para a Pesquisa e Tratamento do câncer. Dissertação. Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2006.
6. Fayers PM. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition). Published by: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Brussels; 2001.
7. Hora HRM, Monteiro GTR, Arica J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. *Produto & Produção*. 2010; 11 (2): 85-103.
8. Veloso M. Qualidade de vida subsequente ao tratamento para câncer de mama. Dissertação. Universidade Federal do Pará; 2001.
9. Conboy J. Measuring the construct of personal belief. *INUAF Studia*. 2005; 4 (8), 127-145.
10. Nucci NA. Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo. Tese. Universidade de São Paulo; 2003.
11. Fortes R. Qualidade de vida em pacientes com câncer colorretal em uso de suplementação dietética com fungos *Agaricus Sylvaticus* após seis meses de segmento: ensaio clínico aleatorizado e placebo-controlado. *Revista Brasileira de Colo-Proctologia*, 2007; 27: 130-138.
12. Arndt V, Merx H, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a population-based study. *J Clin Oncol*. 2004; 22 (23): 4829-36.
13. Mota D, Pimenta C. Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2002; 48 (4): 577-583.

Data de Submissão: 30/01/2017

Data de Aceite: 24/03/2017

ADESÃO DE MENINAS À CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA HPV NO ESTADO DA PARAÍBA EM 2014

Adhesion of girls against HPV's vaccination campaign at Paraíba state, in 2014.

Elizabeth de Alvarenga Borges da Fonsêca ¹

Adrienne Larissa Ramos de Oliveira ²

Rayanne Kalinne Neves Dantas ²

Maria Anunciada Agra de Oliveira Salomão ³

RESUMO

O Papiloma Vírus Humano (HPV) é um vírus transmitido pelo contato direto com pele ou mucosas infectadas por meio de relação sexual. Os tipos de HPV 16 e 18 são as principais causas do câncer de colo de útero. O objetivo desse trabalho é examinar a adesão de meninas de 11 a 13 anos à campanha de vacinação contra o HPV na primeira e segunda dose no Estado da Paraíba no ano de 2014. Consistiu em um estudo analítico quantitativo de dados e informações coletadas no site da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba. A primeira dose da campanha ocorreu nas escolas de todo o estado e alcançou 98,69% (97.560 meninas), ultrapassando a meta do Ministério da Saúde. Já na segunda dose, a cobertura foi de 56,55% (56.246 meninas), que apesar dessa redução, se manteve acima da cobertura nacional (55,57%). Segundo o Núcleo de Imunização da Secretaria de Estado de Saúde, essa diminuição ocorreu provavelmente devido à mudança de local de vacinação, pois os municípios ficaram com a opção de utilizar as escolas ou unidades de saúde. Supõe-se que a mudança dos locais de aplicação da vacina ocasionou a quebra da sua sistematização. Sugerimos estudos para confirmação dessa hipótese, bem como a avaliação da ação midiática, que para a segunda dose foi pouco expressiva.

Palavras-chave: Papillomaviridae . Gestão em Saúde. Campanha de imunização

1Graduanda em Medicina na Faculdades Nova Esperança – Facene/Famene, autora correspondente.

.Email : Fonseca.elizabeth@hotmail.com

2. Graduanda em Medicina na Faculdades Nova Esperança – Facene/Famene

3.Docente de Medicina da Faculdades Nova Esperança – Facene/Famene

ABSTRACT

The human papilloma vírus (HPV) is a virus transmitted by direct contact with infected skin or mucosal tissue, by means of sexual relations. The 16 and 18 tipos of HPV are the leading causes of cervical cancer. The action had as objective the immunization of girls between 11 and 13 years old, being 80% the set target by the Brazil's Health Ministry. The intention of this work is to examine these girls' accession to the vaccination campaign against HPV, at first and second doses in state of Paraíba, in 2014. It was consisted of a quantitative analytical study of data and information collected at the Paraíba state's Health Secretariat's website. The first dose of the campaign occurred in schools statewide and reached 98,69% (97.560 girls), surpassing the Health Ministry's goal. The second dose covered 56,55% (56.246 girls), that despite the reduction, was maintained above the nacional coverage (55,57%). According to the Immunization Core of the Paraíba state's Health Secretariat, this decrease occurred, most likely, because of the changing of vaccination place, as the counties could choose between schools and health posts. Therefore, the diminishing of the number of vaccinated girls at the second those in Paraíba, even getting bigger than the nacional coverage, suggests an impairment of the campaign. It is assumed that the altering of vaccine's application places caused the systematization's smash. We suggest researches to confirm this hypothesis, as well as the evaluation of media action, that for the second dose was inexpressive. So, these factors may have influenced the decrement of the number of immunized girls.

Keywords: Papillomaviridae. Health Management. Immunization Campaign

INTRODUÇÃO

As vacinas profiláticas contra o Papiloma Virus Humano (HPV) trouxeram a possibilidade de ações em nível primário. Essa estratégia é recente, empregada em mais de 80 países a partir da aprovação, em 2006, da vacina quadrivalente pelo *Food and Drug Administration* (FDA), órgão americano responsável pela regulamentação de alimentos e drogas. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

aprovou a sua comercialização. Entretanto, pesquisas sobre os sorotipos virais estão em andamento para avaliar a sua inclusão no Programa Nacional de Imunizações.²

Atualmente estão disponíveis dois tipos de vacina: a bivalente, Cervarix[®], que cobre os sorotipos virais 16 e 18 e a quadrivalente, Gardasil[®], que cobre os tipos 6, 11, 16 e 18.

Ambas são derivadas da proteína L1 do capsídeo viral, por técnica de DNA recombinante, expresso na levedura *Saccharomyces cerevisiae*, resultando em partículas semelhantes aos vírus (VLP, vírus-like proteins), porém sem DNA e, conseqüentemente, sem capacidade de infecção, mas são capazes de induzir a produção de anticorpos contra os tipos específicos de HPV contidos na vacina. Além de prevenir HPV16 e HPV18, os dois tipos mais comuns nas neoplasias cervicais, a vacina quadrivalente também previne infecções pelos tipos 6 e 11, responsáveis por 90% das verrugas na região genital e lesões em colo uterino de baixo risco, mostrando-se eficiente também contra cerca de 50% das infecções pelo HPV 31.

A vacina bivalente apresentou eficácia adicional contra quase todas as infecções por HPV 31, 33 e 454. As duas vacinas, até 2013, estavam disponíveis apenas no setor privado de saúde no Brasil, mas alguns municípios programaram a vacinação gratuita de meninas entre 11 e 13 anos em escolas públicas e privadas, mediante autorização dos pais^{1,7}.

A vacina quadrivalente foi aprovada pelo FDA para mulheres entre 9 e 26 anos, idealmente antes da primeira relação sexual, assim como é recomendado pela Sociedade Brasileira de Imunização. A administração em meninas jovens mostrou total eficácia e sem efeitos adversos sérios reportados. Isso visto que nessa faixa etária se atinge altos níveis de anticorpos após a imunização e há maior probabilidade de infecção logo após o primeiro contato sexual. A Sociedade de Ginecologia Oncológica dos Estados Unidos recomenda que a vacinação seja realizada mesmo com exame de Papanicolau anormal e teste de presença viral positivo, pois ela protegerá contra outros tipos de HPV. Também pode ser administrada em mulheres imunodeprimidas, embora não haja evidência de eficácia nesse grupo².

A vacina quadrivalente é preparada para aplicação intramuscular de 0,5 ml em três doses. Entre a primeira e segunda dose, o intervalo mínimo é de um mês; entre a segunda e terceira, três meses. Caso as etapas sejam interrompidas, o processo não deve ser reiniciado. Se a série for interrompida após a primeira dose, a segunda deve ser administrada assim que possível, e o intervalo entre a segunda e terceira doses pode ser

reduzido para três meses. Se apenas a terceira dose estiver atrasada, deve ser administrada assim que possível. Na administração no músculo deltoide e vasto lateral, a vacina alcança os vasos linfáticos locais, gerando uma alta produção de anticorpos neutralizantes. A eficácia de absorção em outros músculos é indeterminada. Recomenda-se a observação durante 15 minutos após a administração por risco de síncope, principalmente em adolescentes e adultos jovens.²

A hipersensibilidade aos componentes da vacina, principalmente ao *Saccharomyces cerevisiae*, é uma contraindicação à vacinação, apesar do risco de reação anafilática ser pequeno. A aplicação em gestantes ainda é contraindicado, embora não haja indícios de teratogenicidade¹⁰.

Nos ensaios, um mês após a terceira dose da vacina, quase 100% das mulheres entre 15 e 26 anos obtiveram anticorpos para cada sorotipo detectados no sangue. Esses estudos também demonstraram que a vacina quadrivalente induz resposta melhor em crianças entre 9 e 15 anos, quando comparadas à mulheres entre 16 e 23. Estudos de fase avançada estão em curso para determinar a duração da proteção, mas dados parciais sugerem a necessidade de revacinação após cinco anos^{2,5}.

Na maioria dos casos, os efeitos adversos mais relatados foram locais e de intensidade leve ou moderada. Os mais comuns foram: dor no local de aplicação, edema e eritema. Em relação aos efeitos sistêmicos, os mais observados foram febre, náusea, diarreia, tontura, mialgia, dor dentária, indisposição, insônia e congestão nasal, todos de intensidade leve ou moderada¹. Em 2008, foram distribuídas 23 milhões de doses da vacina nos Estados Unidos, sendo que menos de 1% apresentaram efeitos adversos relatados. Dentre eles, 94% foram considerados como não graves, incluindo cefaleia e náuseas e 6% foram considerados graves, incluindo Síndrome de Guillain-Barré e choque anafilático¹¹.

Em um estudo descritivo de 538 usuários do sistema único de saúde em Campinas, SP, foi observado que a mídia exerce papel preponderante como fonte de informação acerca do HPV e das vacinas. A quantidade de pessoas que apontou a mídia como principal fonte informativa foi o dobro da que mencionou o posto de saúde. O SUS encontra dificuldades para cumprir sua missão quanto à educação em saúde e à atenção primária em saúde. Embora um dos seus fundamentos seja a integralidade da atenção, as ações preventivas não se desenvolvem constantemente em todas as suas áreas de atuação. Mesmo com o amplo acesso à mídia nos dias atuais, nem sempre as mensagens transmitidas são suficientes para levar as pessoas a adotarem condutas de

prevenção ⁷.

A aceitabilidade das vacinas é um aspecto bastante discutido. Como se recomenda a imunização de meninas desde muito novas, preferencialmente antes de haver o primeiro contato sexual, nem sempre essa indicação é bem recebida e compreendida pelos pais. A vacinação de pessoas adultas também enfrenta obstáculos, como o alto custo para a população carente sem acesso ao serviço privado, a necessidade de ser administrada em três doses injetáveis, e os questionamentos sobre a necessidade e eficácia dessa vacinação nos homens.

Não há consenso no Brasil sobre a imunização nos homens, mas especialistas apontam efeitos benéficos para proteção deles contra as consequências da infecção pelo vírus, além do auxílio à proteção das mulheres. Alguns consideram que a relação custo-benefício não favorece a vacinação dos homens, devido à menor incidência e mortalidade associadas, por exemplo, ao câncer de pênis ^{4,7}.

Em relação ao custo-utilidade da vacina no Brasil, os resultados encontrados sugerem que sua incorporação concomitante ao programa de rastreamento do colo de útero é uma estratégia rentável e custo-efetivo segundo critérios da Organização Mundial da Saúde. Assim, com o objetivo de prevenir a incidência de novos casos, as Secretarias Municipais de Saúde deram início no dia 09 de março de 2014, à campanha de vacinação contra o HPV, constituída por três doses. A ação teve como objetivo a imunização de meninas na faixa etária de 11 a 13 anos, sendo 80% a meta estipulada pelo Ministério da Saúde ^{5,7}.

A averiguação dos dados que serão coletados pela pesquisa ainda não existe na região pelo fato do programa de vacinação do HPV ter iniciado em março de 2014. A identificação e formulações de hipóteses sobre a sistematização da campanha poderá proporcionar a definição de estratégias junto às Unidades de Saúde, para alcançar melhores resultados e um nível ótimo de cobertura vacinal.

O presente trabalho tem como objetivo examinar a adesão de meninas de 11 a 13 anos à campanha de vacinação contra o HPV na primeira e segunda dose no Estado da Paraíba no ano de 2014.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo analítico quantitativo de dados e informações coletadas no arcabouço legal do site da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba.

A coleta de dados foi realizada em abril de 2015 através da busca no site da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba de informações que apresentavam as palavras chaves: Campanha de Vacinação e HPV. Os critérios de inclusão foram dados que pertenciam ao ano de 2014 e a primeira e a segunda fase da campanha de vacinação do HPV. Os dados quantitativos foram tratados com uma comparação simples e colocados em tabela através do programa Excel. Por se tratar de informações de domínio público não apresentou necessidade de considerações éticas.

A vacina é a forma mais eficaz de proteção contra o HPV, principalmente dos tipos 16 e 18, que são precursores do câncer de colo do útero. A mulher só estará protegida quando tomar as três doses, portanto, é importante levar o cartão de vacinação para a segunda dose¹⁰. Apesar dessa não substituir a realização do exame preventivo, o Papanicolau, e nem o uso de preservativos é fundamental prezar o quantitativo de meninas que estão aderindo à vacinação, incluindo apenas quem tomou as três doses. E assim, reforçar ou não nas escolas sobre a importância da vacina para adolescentes, pais e professores, com a distribuição do Guia prático sobre HPV.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o objetivo de prevenir à incidência de novos casos e socializar o acesso à prevenção, as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) deram início, no dia 09 de março de 2014, à campanha de vacinação contra o Papiloma Vírus Humano (HPV) nos municípios da Paraíba, juntamente com a campanha nacional. A vacina foi administrada nas escolas das rede municipal e privada de todo estado pelas equipes da SMS, e também nas Unidades de Saúde de referência. A primeira dose da campanha alcançou 98,69% (97.560 meninas), ultrapassando a meta do Ministério da Saúde.^{8,12}

No mês de setembro aconteceu a segunda etapa da campanha com cobertura de 56,55% (56.246 meninas), que apesar da notável redução, se manteve acima da cobertura nacional (55,57%). O gráfico ilustrado na Figura 1 mostra claramente a disparidade do número de vacinadas nesses dois momentos. Segundo o Núcleo de Imunização da Secretaria de Estado de Saúde, essa diminuição ocorreu provavelmente devido à mudança de local de vacinação, pois os municípios ficaram com a opção de utilizar as escolas (Figura 2) ou Unidades de Saúde^{8,12}.

É importante destacar que na Paraíba, a segunda dose ficou em domínio de escolha de cada município. Segundo a Prefeitura de João Pessoa as 39 Unidades de

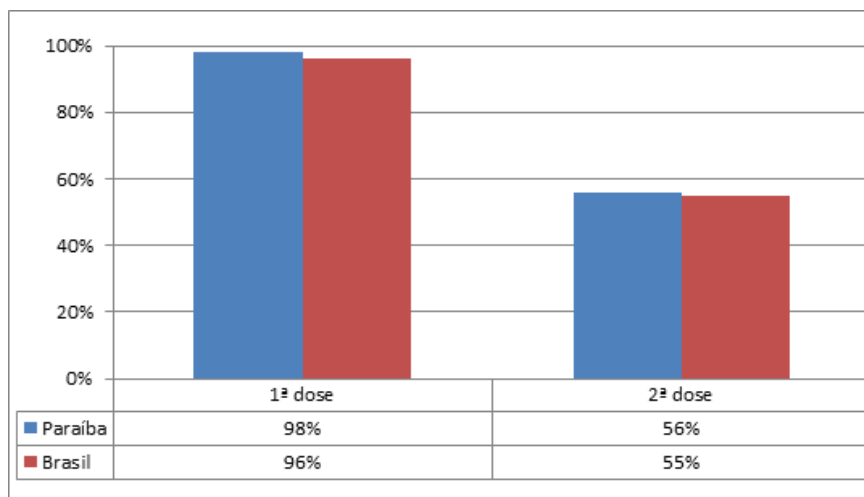
Saúde ficaram responsáveis pela a vacinação dessa dose. A Secretaria de Saúde dessa cidade detectou o não comparecimento das meninas vacinadas anteriormente com isso, além da procura do público alvo, as unidades realizaram a busca ativa em cada escola da qual elas são referência. No entanto, mesmo com essa mudança na capital a diminuição da aderência a campanha no Estado da Paraíba foi expressiva.

Depois da segunda etapa da campanha, uma terceira dose da vacina deve ser aplicada em 2019, para que o ciclo de imunização dessas meninas fique completo. Sabe-se que uma ou duas doses não protege. Por isso os dados acima são preocupantes e sugerem falha na conscientização da população e sistematização da campanha. A falta de ações educativas, seja nas escolas, postos de atendimento de saúde e principalmente na mídia, sobre a doença, o tratamento e a vacinação é perceptível e corroborado pela diminuição do número de adesão na segunda fase da campanha para meninas de 11 a 13 anos. É sabido que se uma atitude, diante desses números, não for tomada provavelmente a terceira dose em 2019 terá uma aderência ainda menor.

Além disso, a campanha de vacinação contra o HPV está aumentando seu público alvo, diminuindo a faixa etária das beneficiadas pelo programa. A busca ativa nas escolas é um importante método de ação imediata, mas em longo prazo a vacinação no posto de saúde deve ser o principal meio utilizado. Para que ocorra maior adesão da população a vacinação de HPV como vacina de rotina é necessário investimento na promoção de divulgação midiática. Em um estudo em Campinas, SP, foi observado que a mídia exerce papel fundamental como fonte de informação acerca do HPV e das vacinas, bem maior que o posto de saúde ⁷. Deve-se destacar que, a influência desses meios de comunicação só terá efeito significativo se as campanhas forem de caráter longitudinal ⁷.

A aceitabilidade da vacina de HPV é bastante discutida e tem efeito na adesão do público alvo. Como se recomenda a imunização de meninas desde muito novas, antes da primeira relação sexual, nem sempre essa indicação é bem recebida e compreendida pela família, que interpretam de maneira errônea aquelas que irão receber a vacina. A ação das redes de comunicação, além de divulgar a campanha deve contribuir com a erradicação do preconceito estabelecido pela população.

Figura 1 – Gráfico comparando a porcentagem de meninas entre 11 e 13 anos vacinadas na primeira e segunda doses contra o HPV, em 2014, na Paraíba e no Brasil.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vacina é a forma mais eficaz de proteção contra o HPV, principalmente dos tipos 16 e 18, que são precursores do câncer de colo do útero. A mulher só estará protegida quando tomar as três doses, portanto, é importante a continuidade da campanha sempre com mesma expressividade.

No entanto, a diminuição do número de vacinadas na segunda dose na Paraíba, mesmo ficando acima da cobertura nacional, sugere um enfraquecimento da campanha. Supõe-se que o ocorrido seja decorrente da mudança dos locais de administração da vacina que ocasionou a quebra da sua sistematização.

Sugere-se então a realização de estudos futuros para confirmação dessa hipótese, bem como a avaliação da ação midiática que para a segunda dose foi pouco expressiva, o que pode ter contribuído para a diminuição do número de vacinadas.

REFERÊNCIAS

1. Albert Einstein: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. A importância da vacina contra o HPV [internet]; São Paulo [acesso em 16 Abril 2015]; Disponível em: <http://www.einstein.br/blog/Paginas/post.aspx?post=1254>.
2. Borsatto AZ, Vidal MLB, Rocha RCNP. Vacina contra o HPV e a Prevenção do Colo do Útero: Subsídios para a Prática. Revista Brasileira de Cancerologia; jan-mar 2011;

57(1): 67-74.

3. Bragagnolo AL, Eli D, Haas P. Papiloma vírus humano (HPV). RBAC; 2010; 42(2): 91-96.

4. Carvalho IS. Custo-utilidade da vacinação contra papilomavírus humano no Brasil [dissertação]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2012.

5. Hospital Vila da Serra: Instituto Materno-Infantil. O vírus HPV e a importância da vacinação [internet]. Vila da Serra, Minas Gerais; [acesso em 12 Maio 2015]. Disponível em: <http://www.hospitalviladaserra.com.br/dicas/o-virus-hpv-e-importancia-da-vacinacao/>.

6. Instituto Oncoguia. Tipos de HPV e altos riscos [internet]. São Paulo [acesso em 8 Abril 2015]. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tipos-de-hpv-de-alto-risco/2575/488/>.

7. Osis DMJ; Duarte GA; Souza MH. Conhecimento e atitude de usuários do SUS sobre o HPV e as vacinas disponíveis no Brasil. Revista de Saúde Pública; 2014; 48(1).

8. Prefeitura Municipal de João Pessoa. SMS imuniza meninas com segunda dose da vacina contra HPV [internet]; [acesso em 16 abril 2015]; Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/sms-imuniza-meninas-com-segunda-dose-da-vacina-contrahpv/>.

9. Ramos OS. O que é o HPV [internet]; [acesso em 08 Maio 2015]; Disponível em: <http://www.gineco.com.br/saude-feminina/doencas-femininas/hpv/>.

10. Silva MJPMA et al; A eficácia da vacina profilática contra o HPV nas lesões HPV induzidas. Revista: Feminina; Outubro 2009; 37 (10).

11. Zardo GP et al. Vacina como agente da imunização contra o HPV. Ciência & Saúde Coletiva; Rio de Janeiro; set 2014; 19(9).

12. Ministério da Saúde (BR). Apresentação contra o HPV prevenção contra câncer de colo de útero no SUS e inovação tecnológica para o Brasil [internet]; [acesso em: 13 Maio 2015]; Disponível em: <http://www.slideshare.net/MinSaude/vacina-contrao-hpv-apresentao>.

Data de Submissão: 11/01/2017

Data de Aceite: 24/03/2017