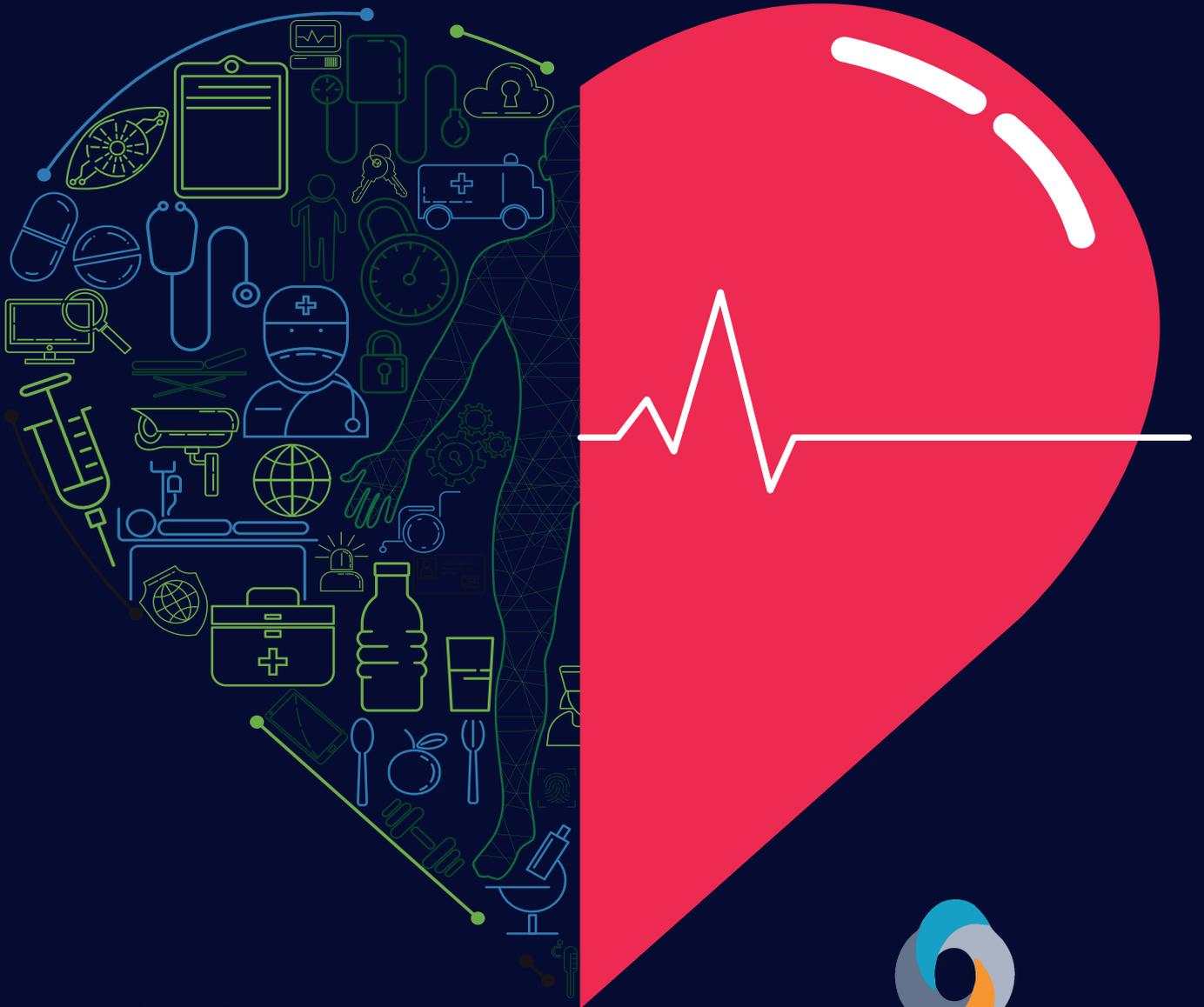




HEALTH & SOCIETY



ISSN: 2763-5724
Vol. 01 - n 04 - ano 2021



Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA



HEALTH & SOCIETY

ISSN: 2763-5724

Vol. 01 - n 04 - ano 2021



Filipe Lins dos Santos
Presidente e Editor Sênior da Periodicojs

CNPJ: 39.865.437/0001-23

Rua Josias Lopes Braga, n. 437, Bancários, João Pessoa - PB - Brasil

website: www.periodicojs.com.br

instagram: [@periodicojs](https://www.instagram.com/periodicojs)

Editorial



The mission of the Health and Society (H&S) is to produce relevant academic content that allows the deepening of discussions involving the theme of health and society. The purpose of H&S is to stimulate debate and interdisciplinary scientific production, in order to inform society and produce new knowledge. The target audience of our journal are post-doctoral students, doctors, master's students and post-graduate students. Thus, authors must have a cited title or pursue a postgraduate course. In addition, H&S will accept co-authored participation.

The H&S submission policy will receive scientific articles with a minimum of 5,000 and a maximum of 8,000 words and critical reviews with a minimum of 5 and a maximum of 8 pages. The receipt of the works will occur mainly with the opening of the Call for Papers, in which the papers will be distributed in 5 (five) annual publications between the months of April, May, July, September and December. Our evaluation policy is designed to follow the criteria of novelty, reasoned discussion and covered with revealing theoretical and practical value. The journal will give preference to receiving articles with empirical research, not rejecting other methodological approaches. All papers must deal with interdisciplinary analyzes that involve themes of varied approach and that generate an academic and social reflection. In this



way, the articles will be analyzed for merit (in which it will be discussed whether the work fits H & S's proposals) and formatting (which corresponds to an assessment of English or Spanish).

The analysis time of each work will be around one month after the deposit on our website due to the opening of the publication notice. The process of evaluating the article in the journal occurs initially when submitting articles without mentioning the author (s) and / or co-author (s) at any time during the electronic submission phase. The data is cited only for the system that hides the name (s) of the author (s) or co-author (s) from the evaluators, in order to render the evaluation impartial. The editor's choice is made by the editor according to the training area in the undergraduate and graduate courses of the evaluating professor with the theme to be addressed by the author (s) and / or co-author (s) of the article evaluated. After the evaluation, without mentioning the name (s) of the author (s) and / or co-author (s), a letter of acceptance, acceptance with alteration or rejection of the article is sent by the evaluator. sent depending on the opinion of the evaluator.

The next step is the elaboration of the letter by the editor with the respective opinion of the evaluator (a) for the author (s) and / or co-author (s). Finally, if the article is accepted or accepted with suggestions for changes, the author (s) and / or co-author (s) are informed of the respective deadlines and addition of their data (s), as well as the academic qualification. The journal offers immediate and free access to its content, following the principle that the free availability of scientific knowledge to the public provides greater worldwide democratization of knowledge. Indexing system, databases and directories The system



automatically generates some indexing or metadata (such as magazine title, date, URL, etc.). Metadata, or data on data, is a set of terms that describe the document or data of the Edition, thus being able to use comparative indexing terms for the same purpose. In addition, in order to generate greater credibility to the authors' works, the registration of each article is generated through the generation of a DOI (Digital Object Identifier) in order to authenticate the administrative base of digital content, assisting in the localization and accessing materials on the web and facilitating document authentication

Summary



IMMEDIATE PROSTHESIS: LITERATURE REVIEW

8

IS COVID-19 PANDEMIC A RISK FACTOR FOR MENTAL
DISORDERS IN WOMEN DURING PERINATAL PERIOD?.

27

SPIRITUALITY AND ITS EFFECTS ON CANCER PA-
TIENTS

37

IMPACT OF THE USE OF THE SPEECH VALVE ON THE
SWALLOWING AND DECANULATION PROCESS

70

THE IMPORTANCE OF MULTIDISCIPLINARY HEALTH
TEAMS IN INDIGENOUS AREAS

93



HEALTH & SOCIETY

THE EFFECTIVENESS OF MYOFASCIAL RELEASE IN
THE CERVICAL REGION FOR TENSION HEADACHE RE-

LIEF

113

HEALTH INFORMATION SYSTEMS SUPPORTED BY MO-
BILE TECHNOLOGIES: A NEW TREND

139

PERFORMANCE OF THE NURSING TEAM IN THE HU-
MANIZATION OF NORMAL DELIVERY

147

THE MANAGER'S "PUZZLE": HOW TO ORGANIZE MUL-
TIDISCIPLINARY TEAMS

166

TECHNOLOGY AND THE "NORMAL" IN THE CORONA-
VIRUS ERA

178

NURSING VERSUS ABSENTEEISM IN THE LIGHT OF LI-
TERATURE

193



FRANKL'S TRAGIC OPTIMISM: ANALYSIS OF THE RE-
PORT OF A CANCER PATIENT

206

IMPACT OF THE LABIOPALATINAL FISSURE ON THE
QUALITY OF LIFE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS
IN PERNAMBUCO - BRAZIL

230

COVID-19 THERAPEUTICAL OPTIONS: OVERVIEW ON
CURRENTLY ANTIMALARIALS AND ANTIPARASITIC
DRUGS USED

250

COVID-19 THERAPEUTICAL OPTIONS: OVERVIEW ON
CURRENTLY ANTI-INFLAMMATORY AND ANTICOAGU-
LANT DRUGS USED

278



PRÓTESE IMEDIATA: REVISÃO DE LITERATURA

IMMEDIATE PROSTHESIS: LITERATURE REVIEW

Raylena de Andrade Catunda da Silva¹

Resumo: sendo assim, a prótese total imediata se torna uma aliada nesses casos, promovendo a devolução da estética, fonética, mastigação e convívio social. Através de uma revisão de literatura esse trabalho visa esclarecer as questões pertinentes as próteses totais imediatas, onde foram apresentadas suas classificações, vantagens e desvantagens, indicações e contra indicações, técnica de confecção desse aparelho protético, além disso os cuidados pós-instalação. Foram realizadas buscas nas bases de dados do

Scielo, Medline, Bireme, Google acadêmico, Capes e livros; utilizando as palavras chaves: prótese total imediata; reabilitação oral imediata; cirurgia oral e selecionados artigos entre os anos de 2009 a 2019. Foi possível concluir que as vantagens da reabilitação com prótese imediata são bem evidentes, sendo assim uma alternativa vantajosa de tratamento.

Palavras-chave: prótese total imediata, reabilitação oral ime-

¹ Odontóloga formada no Centro Universitário Tiradentes - UNIT



diata, cirurgia oral Sono.

Abstract: The immediate total prosthesis is a device made before the exodontia and is installed soon after the accomplishment of the same ones. Faced with a situation in which the patient encounters the remaining condemned teeth, many resist to remain edentulous while awaiting the healing phase for the manufacture of a conventional total prosthesis; thus, the total immediate prosthesis becomes an ally in these cases, promoting the return of aesthetics, phonetics, chewing and social coexistence. Through a literature review, this work aims to clarify the pertinent issues of the immediate total dentures, where they were presented their classifications, advantages and disadvantages, indications and contraindications, technique of making this prosthetic

device, besides post-installation care. Searches were made in the databases Scielo, Medline, Bireme, Google academic, Capes and books; using the key words: immediate total prosthesis; immediate oral rehabilitation; oral surgery and selected articles between the years 2009 to 2019. It was possible to conclude that the advantages of the rehabilitation with immediate prosthesis are very evident, being thus an advantageous alternative of treatment.

Keywords: total immediate prosthesis, immediate oral rehabilitation, oral surgery.

INTRODUÇÃO

A perda total dos dentes acarreta diversos problemas ao paciente, interferindo na sua capacidade mastigatória, na di-



gestão de alimentos, gerando também prejuízos a fonação e a estética, sendo assim considerada uma das piores condições clínicas na odontologia. Todas essas alterações afetam a qualidade de vida do paciente, consequentemente interfere na sua auto estima. (CARVALHO et al,2011).

Com a intenção de retornar a uma determinada condição que não se queria ter perdido, a prótese é utilizada como um recurso, que possibilita ao paciente, obter um certo padrão estético e funcional exigidos pela sociedade. (TELLES D e COELHO AB, 2014).

Um dos obstáculos enfrentados, é quando o paciente não aceita a perda dentária, e resiste em ficar sem seus dentes enquanto se espera o tempo necessário para que ocorra a total reparação óssea e tecidual. (DISCACCIATI et al,2012).

A prótese total imediata vem como alternativa em situações que o paciente possua dentes naturais, ou próteses completando a arcada dentária, seja superior ou inferior, e precise adaptar uma prótese total, sem que o mesmo fique edêntulo por um certo tempo, seja por conta da sua vaidade pessoal ou atividade exercida na sociedade. (TURANO, J; TURANO, L; TURANO, M,210).

O objetivo da prótese total imediata, é substituir os dentes que se encontram condenados. Sua confecção é feita previamente as exodontias dos dentes remanescentes, e é instalada logo após a realização das mesmas. A reabilitação por meio de uma prótese total imediata, proporciona ao paciente na maioria dos casos, manter seu convívio social, sem que o mesmo sintá se afetado. (CORRÊA, 2005).



É vista por alguns como uma prótese instalada logo após a exodontia, onde irá passar por reembasamentos posteriores se tornando uma prótese definitiva e por outros como uma prótese de transição, sendo substituída depois de certo período. (ZARB et al,2013).

A reabilitação com prótese total imediata possibilita preservar a dimensão vertical de oclusão do paciente, inibir o colapso da musculatura da face, e promove o aumento da autoestima do paciente, favorecendo assim sua reintegração social. (SHIBAYAMA et al, 2006 apud GOIATO et al,2014).

As desvantagens desse tipo de tratamento são poucas, dentre elas podemos citar: cuidados pós-operatórios, maior frequência nas visitas para realizar ajustes, rebembasamentos, dentre outras situações que se-

rão abordadas posteriormente ao longo deste trabalho. (TURANO, J; TURANO, L; TURANO, M,210).

São contra indicações para o tratamento com prótese total imediata, casos de periodontopatias avançadas, pacientes cujo estado físico e/ou psíquico não permite uma intervenção cirúrgica invasiva, determinadas patologias que necessitem de uma remoção grande de tecido, a incapacidade do paciente de cooperar e concordar com o tratamento, e profissionais que não tem capacidade técnico científica o suficiente para realização do tratamento. (SANTOS; SILVA; HADDAD, 2015).

OBJETIVO

Desta forma, o presente trabalho teve como objetivo, elaborar uma revisão de literatura



em relação as próteses totais imediatas, especificando suas vantagens, desvantagens e principais indicações na rotina clínica de um cirurgião-dentista.

DESENVOLVIMENTO:

CLASSIFICAÇÃO

A Prótese total imediata se divide em Prótese Total Imediata com Face Labial Total, na conformação vestibular é igual a convencional, sendo uma prótese mais estável, proporcionando melhor estética, possui remoção óssea; Prótese Total Imediata com Face Labial Parcial, a mesma apresenta apenas a parte inicial da vertente vestibular labial, acima do bordo cervical dos dentes artificiais, sem remoção óssea; Prótese Total Imediata sem Face Labial os dentes anteriores são montados com sua porção cervical supor-

tada diretamente sobre o rebordo alveolar, mais conservadoras, são indicadas para dar apoio ao lábio quando está presente reabsorção óssea por vestibular. (MARINI et al,2013).

VANTAGENS E DESVANTAGENS

A Prótese total imediata tem como vantagens os seguintes fatores: Controla a hemorragia; possibilita a proteção do trauma; promove maior recuperação; devido a presença de um rebordo maior na hora de instalação da prótese total imediata é obtido um melhor suporte da área basal; proporciona uma melhor fonação; a transição dos dentes naturais para a prótese é menos perceptível; possibilita a continuidade da convivência social; proporciona uma melhor mastigação; evita o colapso da articulação temporo-



mandibular; faz com que o período de aprendizagem se torne mais curto, pode ser usada como um meio para aplicação de medicação tópica. (TURANO, J; TURANO, L; TURANO, M,210; SHYBAYAMA ,2006).

Como desvantagens do tratamento com prótese total imediata podemos citar: Maior custo para o paciente; não é possível realizar prova estética; há uma menor adesão da prótese principalmente nas áreas em que os dentes foram extraídos; devido a retração cicatricial a prótese total imediata precisa passar por reembasamentos, devendo ser substituída após 3 meses. (TURANO, J; TURANO, L; TURANO, M,210; SHYBAYAMA ,2006).

EXAMES CLÍNICOS E COMPLEMENTARES

Podemos dividir o exame clínico em duas etapas, o exame geral e o exame local. O exame geral por meio de uma boa anamnese tem como finalidade avaliar o estado geral de saúde do paciente com o intuito de descobrir se o mesmo é portador de alguma doença que contra indique o tratamento com prótese total imediata, e além disso identificar seu fator psicológico, possibilitando classificar o paciente como: cooperativo e não cooperativo onde o cooperativo aceita plenamente o plano de tratamento ou mesmo com medo, e de certa forma não aceitando o tratamento após terem a confiança conquistada pelo profissional acabam cedendo a realizar o tratamento e se tornando bons pacientes. Já os pacientes não cooperativos ocupam um número menor e são compostos por pessoas que não confiam na ca-



pacidade profissional, deficientes mentais e pessoas histéricas. O exame local tem como finalidade avaliar o estado dos dentes remanescentes, área chapeável, relações inter maxilares e o estado geral de saúde bucal. (GENNARI FILHO,2004; TAMAKI, 1983).

No exame dos dentes deve ser verificado a porção coronária e radicular, com o objetivo de identificar se realmente estão condenados. No exame da área chapeável a cor da gengiva e a consistência da mucosa devem ser examinadas. A tonicidade e altura dos freios e das inserções laterais devem ser checadas com objetivo de observar possíveis interferências dessas estruturas na estabilidade da futura prótese. (TAMAKI, 1983).

A perda parcial dos dentes acarreta alterações tanto na dimensão vertical de oclusão como na oclusão central, desta

forma deve se verificar possíveis alteração, e as mesmas estando presentes devem ser medidas e registradas na ficha do paciente e nos modelos de estudo, para que sejam corrigidas no decorrer do trabalho. (TAMAKI, 1983). Na avaliação do estado geral da boca deve se ter muito cuidado em avaliar todas as estruturas que a compõem. (GENNARI FILHO,2004).

Exames radiográficos são necessários com o objetivo de identificar condições adversas. As radiografias oclusais permitem a visualização de raízes fraturadas, de corpos estranhos, dentes inclusos e qualquer tipo de má formação que possam estar presentes na área que servirá de base para prótese e venha interferir no prognóstico. Além das radiografais oclusais, pode se lançar mão das radiografias panorâmicas possibilitando uma



visão do complexo maxila/man-díbula, favorecendo assim a in-terpretação de estruturas ósseas. Radiografais periapicais também são indicadas para uma melhor visualização de áreas específicas. (GENNARI FILHO,2004). A confecção dos modelos de estu-dos é de suma importância para um diagnóstico complementar. (TAMAKI, 1983).

INDICAÇÕES E CONTRA INDICAÇÕES

A prótese total ime-diata é indicada nos casos em que o paciente encontra-se com seus dentes remanescentes condena-dos, seja por problemas perio-dontais ou qualidade dos dentes remanescentes, onde a manuten-ção dos mesmos é inviável. Por conta disso o paciente sai de um estado dentado para edêntulo,

onde o mesmo não se conforma com a transição. A ausência dos dentes durante o período pós - ci-rúrgicos podem afetar de manei-ra negativa a sua vida pessoal e/ ou profissional. (BASTOS; RO-DRIGUES, 2015; HESPANHO et al,2018; TORREBLANCA; DEL SOLAR,2013).

São contra indicados para o tratamento com prótese total imediata, pacientes com distúrbios sistêmicos que alte-rem a regeneração tecidual, pa-cientes com coagulopatias, idoso com saúde debilitada, pacientes que apresentem qualquer distúr-bio que impeça a realização de múltiplas extrações, aqueles que apresentam algum distúrbio psi-cológico ou que tem capacidade mental reduzida e pacientes que são submetidos a radioterapia na região de cabeça e pescoço. (TORREBLANCA;DEL SO-LAR,2013).



Pacientes que possuam alguma alteração na área chapeável que possa implicar na estabilidade e retenção do aparelho protético e/ou com patologias que necessitem de grande remoção de tecido estão contra indicados para a adaptação de uma prótese total imediata. A incapacidade do paciente de cooperar com o tratamento e a falta de capacidade do profissional em realizar o tratamento também estão entre as contra indicações. (SHYBAYAMA, 2006; SANTOS; SILVA; HADDAD, 2015).

FASES CLÍNICAS E LABORATORIAIS

Após a realização do exame clínico e complementar, os modelos de estudo são montados em articulador, através do arco fácil e dos registros da relação cêntrica ou máxima intercus-

pidação, lateralidade e protusão.

A dimensão vertical deve ser avaliada e registros fotográficos do paciente de frente e de perfil devem ser realizados. (TURANO, J; TURANO, L; TURANO, M, 2010; CORRÊA, 2005).

Estando o paciente livre de qualquer contra indicação damos início as exodontias, onde os dentes posteriores devem ser extraídos e os seis dentes anteriores devem ser mantidos, em seguida a realização das exodontias após 3 meses é realizada a moldagem anatômica. (CORRÊA, 2005; ZARB et al, 2013).

A moldagem anatômica tem finalidade de proporcionar uma visão da área chapeável e estruturas bucais, permitindo a confecção da moldeira individual. A mesma é realizada com moldeiras de estoque, e como material de moldagem devido a presença de dentes pode ser usa-



do o alginato (hidrocolóide irreversível). (GOIATO et al,2014).

Com a realização de uma boa moldagem anatômica, o gesso pedra é manipulado e vasado com a finalidade de obter um modelo anatômico. Feito isso aguarda - se 40 minutos, tempo esse necessário para o gesso tomar presa. Posteriormente o gesso é colocado em água quente sendo removido da moldeira, onde o mesmo será recortado e se tornando o modelo anatômico. (CORRÊA, 2005).

A partir do modelo anatômico é confeccionada uma moldeira individual com resina acrílica autopolimerizável com aproximadamente 2 mm de espessura. O modelo deve ser aliviado nas áreas retentivas e nos dentes com cera 7 fundida, com a finalidade de facilitar a remoção da moldeira evitando a fratura dos dentes do modelo. Para

facilitar o extravasamento do material de moldagem a moldeira pode ser perfurada na região dos dentes. Além da resina acrílica autopolimerizável a moldeira também pode ser confeccionada em placa de acetado, nesses casos o alívio do modelo deve ser feito com silicone de condensação, pois se for feito com cera 7 a mesma vai derreter por conta da temperatura da placa de acetato. (CORRÊA, 2005; GOIATO et al, 2014).

Após a confecção da moldeira a mesma é provada na boca do paciente. A distância entre a borda da moldeira e o fundo do vestibulo e inserções musculares deve ser de 2 mm. Na maxila a moldeira deve terminar no limite palato duro/palato mole e na mandíbula deve recobrir a papila piriforme posteriormente se estendendo em direção língua até a linha oblíqua interna. Estando



a moldeira ajustada nos parâmetros necessários o próximo passo é a moldagem periférica. A moldagem periférica é realizada com godiva onde a mesma é aquecida, inserida na moldeira e levada a boca do paciente onde será realizado os movimentos funcionais e de tração. Além da godiva pode ser utilizado o silicone, onde a moldeira deve ser perfurada nas bordas e aplicando adesivo facilitando a adaptação do silicone, feito isso a moldeira preparada com o silicone é levada a boca do paciente e movimentos funcionais e de tração são realizados. Após a presa do material os excessos são removidos. (GOIATO et al,2014; GOIATO; DOS SANTOS; SILVA,2013).

Tendo concluído a moldagem periférica o próximo passo é a moldagem funcional, onde a mesma pode ser feita com silicone de condensação leve, polié-

ter ou polissulfeto, onde o material será usado tanto para moldar os dentes remanescentes como também a área edêntula. A moldagem funcional também pode ser realizada empregando o uso de dois materiais distintos, sendo utilizada a pasta zinco eugenólica para a área edêntula o alginato ou material elástico na área dos dentes. Para um melhor travamento posterior (post damming), podemos utilizar cera de moldagem onde a mesma deve ser fundida até seu estado líquido e aplicada em camadas com um pincel recobrindo a área de transição palato duro/palato mole, com objetivo de comprimir essa área obtendo um melhor travamento posterior. (GOIATO et al,2014; GOIATO; DOS SANTOS; SILVA,2013).

Após a realização da moldagem funcional o molde deve ser analisado, devendo evidências corretamente as indi-



vidualidades anatômicas e promove retenção e estabilidade. O material deve apresentar espessura adequada, ausência de falhas, bolhas ou fraturas. Estando o molde nos parâmetros correto prosseguimos para o vazamento da moldagem com gesso pedra. (CORRÊA, 2005; GOIATO; DOS SANTOS; SILVA,2013).

A partir do Vazamento da moldagem é obtido o modelo de trabalho onde o mesmo deve ser devidamente recortado. Uma base de prova é confeccionada em resina acrílica autopolimerizável sobre a região edêntula do modelo de gesso. Para confecção da base de prova deve ser feita a aplicação do isolante e posteriormente o modelo deve ser aliviado nas áreas retentivas com cera número 7. A resina acrílica autopolimerizável deve ser espalhada com espátula numero 37,e com o dedo indicador molhado no po-

límero a resina é uniformemente distribuída de maneira que a base de prova fique com a espessura de 1mm. Com a polimerização concluída a base de prova é removida com cuidado e realizado os devidos acabamentos. (CORRÊA, 2005; GOIATO et al, 2014).

Após a realização do acabamento da base de prova um plano de orientação é confeccionado em cera número 7 sobre a base de prova nos lados direito e esquerdo. Com a base de prova e o plano de orientação prontos são realizados os registros intermaxilares. A DVO é obtida partir DVR e pode ser comparada com a DVO registrada no início do tratamento. Com os registros intermaxilares concluídos os modelos devem ser montados em ASA respeitando os critérios determinados na literatura. Com os modelos montados em ASA é feita a montagem parcial dos dentes



artificiais e a prova aonde devemos verificar a correta posição dos dentes, DVO, RC e fonética. (CORRÊA, 2005; GOIATO et al, 2014; TELLES, 2014).

Após a prova dos dentes serem avaliadas e aprovadas, os dentes remanescentes são removidos no modelo pelo TPD com supervisão do Cirurgião Dentista para Com a aprovação do profissional e do paciente na prova estética e funcional, os dentes remanescentes são cortados e realizada uma regularização óssea no modelo de gesso pelo técnico de prótese dentária com supervisão do Cirurgião Dentista. (GOIATO et al, 2014; TELLES, 2014).

Segundo Zarb et al (2013) Sondagens periodontais são valiosas para que o clínico preveja as mudanças após a extração do doente. Se a face vestibular do osso for relativamente integra, dentro de poucos

milímetros da margem gengival livre antes da remoção do dente, o clínico irá então, provavelmente, remover o dente do modelo a partir da margem gengival e, em seguida fará um desgaste em milímetros semelhante ao promovido pela extração dos dentes. Simplificando, a maior necessidade de sondagem exige a maior preparação dos modelos.

Após a remoção dos dentes remanescentes, e regularizações ósseas realizadas no modelo, o restante dos dentes artificiais são montados, e a partir daí a prótese segue os procedimentos convencionais de fabricação. (GOIATO et al,2014; ZARB et al,2013). Um guia cirúrgico, em resina acrílica incolor prensada, deve ser confeccionado através da duplicação da base da prótese ou do modelo de prensagem da mesma. A confecção do guia cirúrgico também pode ser feita



com placa de acetato. Seu objetivo, é auxiliar a regularização dos tecidos moles e ósseo da boca do paciente, tornando possível uma melhor adaptação da prótese total imediata. (GOIATO et al,2014; TELLES, 2014).

FASE CIRÚRGICA

O risco do procedimento cirúrgico deve ser avaliado através dos dados obtidos na anamnese e nos exames complementares. Por meio de exames sanguíneos é verificado a condição geral de saúde do paciente, e se é necessário o uso de antibioticoterapia associado a anti-inflamatórios com o objetivo de garantir uma melhor recuperação. (CARVALHO et al, 2010; GOIATO et al,2014).

Os dentes devem ser extraídos cuidadosamente, com o intuito de manter a integridade do

alvéolo. Antes da sutura, o guia cirúrgico é adaptado e verificado a presença de áreas isquêmicas, onde uma vez identificadas essas áreas, as mesmas deveram passar por uma alveloplastia, com a finalidade de regularizar os tecidos moles e ósseos, gerando uma maior adaptação da prótese total imediata. Dando prosseguimento ao procedimento é realizada a hemostasia, sutura e instalação da prótese total imediata. (GOIATO et al,2014; GOMES et al,2014; ZARB et al,2013).

FASES PÓS-CIRÚRGICA: PROSERVAÇÃO E REEMBOLSAMENTOS

O paciente deve ser instruído que em hipótese alguma a prótese pode ser removida, pois o mesmo não conseguirá botá-la novamente em posição na boca .(CORRÊA, 2005). O paciente



não deve ocluir com força, evitando a compressão das feridas cirúrgicas. Analgésicos adequados devem prescritos em caso se dor. A alimentação deve ser líquida e fria nas primeiras horas. (SHYBAYAMA ,2006).

Após um período de 24 horas da instalação da prótese total imediata, deve haver o retorno do paciente, aonde deve ser avaliado a retenção, estabilidade e suporte da prótese. (ZARB et al,2013). A prótese total imediata deve ser removida cuidadosamente pelo profissional e o mesmo deve verificar possíveis lesões fruto de pressão excessiva de determinada área, caso sejam identificadas lesões a base da prótese deve ser desgastada promovendo assim a descompressão da área. A prótese total imediata deve ser higienizada com sabão e a boca com solução fisiológica, evitando tocar na ferida. O paciente deve

ser orientado detalhadamente de como realizar a higienização. (CORRÊA, 2005; SHYBAYAMA ,2006).

Após 7 dias da instalação da prótese total imediata é feita a remoção das suturas. (TELLES, 2014). Os ajustes oclusais devem ser realizados após 7 dias da instalação da prótese total imediata. (MARINI et al,2013). O profissional deve orientar o paciente a fazer a retirada da prótese de duas a três vezes ao dia, para realização da higienização. A sua alimentação deve ser retomada gradativamente. (SHYBAYAMA ,2006).

Segundo Corrêa (2005) o reembasamento deve ser o mais postergado possível, desde que isso não cause problemas em relação á área basal, como lesões, principalmente nos sulcos gengivo - geniano e labial.

Segundo Zarb et al



(2013) a necessidade de reembolso é estabelecida por meio da observação de diminuição na adaptação da prótese ao tecido mole e duro subjacente.

CONCLUSÃO

Por meio de uma revisão de literatura foi possível identificar a importância das próteses totais imediatas, que apesar de seus custos adicionais, tem a capacidade de promover ao paciente uma condição social, funcional e estética favorável e consequentemente o restabelecimento da sua autoestima . Apesar de ser uma prótese de caráter provisório a mesma possibilita que o paciente fique dentado até ser possível a adaptação de uma prótese definitiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bastos, Filipe; Rodrigues, Carlos. PRÓTESE TOTAL IMEDIATA COM RECUPERAÇÃO DA CURVA DE SPEE. Brazilian-Journal of Surgery and Clinical-Research - BJSCR, Vol.9, n.3, pp.11-16 (Dez 2014 – fev. 2015). Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/bjscr>

Carvalho, Ricardo; Pereira, Carlos; Laureano, José; Vasconcelos, Belmiro. O Paciente Cirúrgico. Parte I. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.10, n.4, p.85-92 out./dez, 2010. Disponível em: <http://revodontobvsalud.org/pdf/rctbmf/v10n4/a13v10n4.pdf>. Acessado em: 29/05/2019.

Corrêa, Gerson de Arruda. Prótese Total- Passo a Passo. Livraria Santos Editora, 2005.



- Costa,Sergio;Carvalho,Maria;- Discacciati,Jose;Abreu,Mauro;- Viana,Érica;Adelário,Ana.Prótese total imediata: devolução do sorriso e da função ao paciente. ArqOdontol,Belo Horizonte, 47(Supl2): 106-110, dez 2011. Disponível em: <http://revodontobvvsalud.org/pdf/aodo/v47s2/a25v47s2.pdf>. Acessado em: 24/09/2018.
- DISCACCIATI,J. A. C.; CARVALHO, M. C. F. S.; COSTA, S. C. PTI e overdentures: melhorando estética, mastigação e qualidade de vida. Rev. Ciênc.Ext. v.8, n.1, p.123-137, 2012.Disponível em:<https://www2.ufrb.edu.br/revistaextensao/images/revista/Revista%20Extensao%20V2%20n1.pdf>. Acessado em: 29/05/2019.
- Gennari Filho,Humberto. O EXAME CLÍNICO EM PRÓTESE TOTAL. Revista Odontológica de Araçatuba, v.25, n.2, p. 62-71, julho/dezembro, 2004. Disponível em: <http://www.apcdaracatuba.com.br/revista/v25n2/exameclinico.pdf>. Acessado em: 29/05/2019.
- Goiato, Marcelo; Santos, Daniele Micheline; Medeiros, Antonio Rodrigo; Vilela, Mariana.Técnicas de confecção de prótese total imediata mucossuportada. Revista Odontológica de Araçatuba, v.35, n.1, p. 67-72, Janeiro/Junho, 2014. Disponível em:<http://apcdaracatuba.com.br/revista/2014/10/trabalho12.pdf>. Acessado em: 29/05/2019
- Gomes AC, Gomes AC, Venâncio GN, Gonçalves FC, Takahashi JMFK, Braga FP. Reabilitação bucal com prótese total imediata. Full Dent.Sci. 2014; 5(20):590-594. Disponível em:<https://www.researchgate.net/publica->



tion/313599356_Reabilitacao_bucal_com_protese_total_imediata. Acessado em: 29/05/2019.

Goiato, Marcelo; Nobrega, Adhara; Gennar Filho, Humberto; dos Santos, Daniela. PROVA ESTÉTICA E FUNCIONAL – UMA DECISÃO EM CONJUNTO. Revista Odontológica de Araçatuba, v.35, n.2, p. 09-14, julho/dezembro, 2014. Disponível em: <http://apcdaracatuba.com.br/revista/2015/03/TRABALHO%201.pdf>. Acessado em: 29/05/2019.

Hespanhol, Thomaz; Godoi, Ana Paula; Custodio, William; Bianco, Vinicius. Prótes total imediata bimaxilar: caso clínico. Clipse Odonto – UNITAU, 2018; 9(1):30-6. Disponível em: periodicos.unitau.br. Acessado em: 29/05/2019

Marini, Carla; Rodrigues, Car-

los; Brum, Sileno; Pereira Junior, Misseno. PRÓTESE IMEDIATA: UMA SOLUÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL - RELATO DE CASO CLÍNICO. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR, Vol.4, n.4, pp.24-31 (Set-nov. 2013). Disponível em: <http://www.mastreditora.com.br/bjscr>. Acessado em: 24/09/2018.

Santos, Jéssica Cristinne Aviz; Silva, Jéssica Daniela; Haddad, Marcela Filié. Reabilitação com prótese total mediata relato de caso. Revista Odontológica de Araçatuba, v.36, n.2, p. 24-28, Julho/Dezembro, 2015. Disponível em: <http://apcdaracatuba.com.br/revista/2015/12/TRABALHO%204.pdf>. Acessado em: 24 de setembro de 2018.

Shibayama, Ricardo; Shibayama, Bunji; Gennari Fi-



Iho,Humberto;Saez,Daniel;Watanabe,Edson. PRÓTESES TOTAIS IMEDIATASCONVENÇIONAIS.Revista Odontológica de Araçatuba, v.27, n.1, p. 67-72, janeiro/junho, 2006. Disponível em:http://www.apc-daracatuba.com.br/revista/volume_27_01_jan-jun_2006/PDFs/PROTESE%20TOTAL%20IMEDIATA.pdf. Acessado em: 29/05/2019

TAMAKI, Tadachi. Dentaduras completas. 4 ed. rev. ampl. São Paulo: Sarvier, 1983.

TELLES, D.; COELHO, A. B., Próteses SobreImplantes.com, Riode janeiro: SobreImplantes.com, 2006.

Telles,Daniel de Moraes. Prótese total: convencional e sobre implantes. São Paulo:Santos,2014.

Torreblanca,Fiorella; Solar,Martin. Prótesis Total inmediata como alternativa de tratamiento.Rev. EstomatolHereditaria. 2013 Ener-Mar;23(1). Disponível em:https://www.researchgate.net/publication/295098502_Protesis_Total_inmediata_como_alternativa_de_tratamiento. Acessado em:24/09/2018.

ZARB, G. et al. Tratamento Protético para os Pacientes Edêntulos. 13.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.



**IS COVID-19 PANDEMIC A RISK FACTOR FOR
MENTAL DISORDERS IN WOMEN DURING PERI-
NATAL PERIOD?**

Alan Saiter Luna¹

Ana Clara Gomes Braga²

Christiane Carvalho Ribeiro³

Edgard Leandro de Oliveira⁴

Humberto Correa⁵

Kyze Lino Quintela⁶

Lázaro Geraldo dos Santos Xisto⁷

Maria Clara Lemos Oliveira⁸

Victor Araújo Fortuna Cáus⁹

1 Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brazil

2 Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brazil

3 Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brazil; Associação Brasileira de Psiquiatria, Belo Horizonte, MG, Brazil

4 Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brazil

5 Departamento de Saúde Mental, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brazil. Associação Mineira de Psiquiatria, Belo Horizonte, MG, Brazil

6 Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brazil; Associação Mineira de Psiquiatria, Belo Horizonte, MG, Brazil

7 Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG Brazil

8 Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH), Belo Horizonte, MG, Brazil

9 Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), Ouro Preto, MG, Brazil



Abstract : COVID-19 pandemic seems to be associated with increased incidence in mental health disorders in pregnant women. Cross-sectional studies identified control measures, social isolation and recurrent fear of COVID-19 infection may rise risk of depression and suicidality in this specific population. Considering the consequences of the pandemic to health systems, such as saturation and the removal of health professionals, it is crucial to discuss and develop new strategies to maintain antenatal and psychiatric follow-ups to help prevent and treat impairments; teleconsultations may be an alternative to keep contact with these patients. Also, in anticipation of COVID-19 fourth wave (which includes increasing psychiatric disorders) it is important to strengthen mental health services to help absorb this demand.

Keywords: Anxiety; COVID-19; Depression; Mental Health; Perinatal.

Introduction

New Coronavirus Disease (COVID-19) pandemic, caused by Sars-COV-2, has spread all around the globe and made millions of victims since it has outbreak in November 2019. Sars-COV-2 is a novel coronavirus that can be easily transmitted by droplets, personal contact and fômites (World Health Organization, 2020). Due to these characteristics and in order to reduce impacts of the pandemic, most countries around the world adopted quarantine and social distancing measures, which may cause significant impairments in people's mental health, especially in risk groups, such as pregnant



women (Bedford et al., 2020), (Saccone et al., 2020).

In regular circumstances, pregnant women are more vulnerable to some mental disorders, such as depression and anxiety, than non-pregnant women and men (Rennó Jr et al., 2019). (Rondon and Stewart, 2017), (Sikar et al., 2020). The increase of anxiety levels, the greater exposure to domestic violence, burdens related to childcare, domestic and professional activities, financial instability, and fear of being infected by COVID-19 are some issues that could enhance impact in pregnant's mental health (Ahorsu et al., 2020), (Sikar et al., 2020).

Quarantine, social distancing, lockdown measures, economic crises, and health system saturation are some of the most challenging components of COVID-19 pandemic. Cross-

sectional studies reported higher levels of depression, suicide behavior and anxiety due to fear, panic, or quarantine and isolation measures adopted worldwide, in pregnant women (Ahorsu et al., 2020), (Saccone et al., 2020). It was also observed that their husbands have been emotionally affected, developing depression and anxiety due to the pandemic impacts, which is related to their partners' mental health impairments (Ahorsu et al., 2020).

Discussion

Brazil figures now as one of the most affected countries. With more than one million of confirmed cases and thousands of deaths, the country has become the epicenter of the pandemic in South America (Latin America Business Stories, 2020). With a 209 million population, 70%



exclusively depending on Brazil's health public system (Sistema Único de Saúde – SUS), the country faces a big challenge to deal with COVID-19 pandemic, especially because of the lack of leadership to fight the crisis, and constant measures to reduce SUS funding and the possibility of health system saturation around the country (Mello et al., 2020), (Morosini; 2020), (Silva et al; 2020). Saturated health systems may difficult access to essential care, which significantly increase morbimortality from preventable and treatable conditions, (Silva et al; 2020). Also, the removal of health professionals, either because they belong to risk groups or because of illness due to COVID-19, and some negationism of the pandemic may contribute to spread it. In order to help stop spreading the decease, it is extremely important that people can

access information from reliable sources and misinfodemic must be opposed (Banerjee, 2020), (Silva et al; 2020), (Helioterio et al., 2020).

As an alert to prevent negative outcomes, World Health Organization (WHO) recommends that antenatal care and mental health services must be maintained and adapted to the pandemic context, including telemedicine for follow-up, visits, and mutual-help groups (World Health Organization, 2020). Some studies defend that internet-based intervention focusing on relaxation, self-care and an increased sense of security for patients with COVID-19, are positive measures to minimize psychological distress, improving mental health in cases of depression and anxiety (Vieira et al; 2020), (Wei et al; 2020).

In times of great ten-



sion and insecurity with the COVID-19 pandemic, mental health is an issue that deserves even more attention and alert in this period. In order to help prevent mental health impairments, health professionals may develop strategies for education about expected psychological changes and how to deal with them and the excess of misinformations about the pandemic, encouragement of self-care, health-promoting behaviors and empowerment of patients and Family (Silva et al; 2020), (Vieira et al; 2020).

Depreciation of mental health system has extremely dangerous consequences for population. As an example, Hospital Galba Velloso, in Belo Horizonte, Brazil, had its psychiatric ward completely closed, which may lead to a chaotic scenario, once it was one of the most important reference in psychiatric

emergency in the city. During the pandemic and facing the increase of mental health issues, non-investing in psychiatric services is a reckless decision (Correa et al; 2020), (Ministério Público de Minas Gerais, 2020).

Anticipating the impacts of COVID-19 on mental health (“fourth wave”) and the expectation of an increase in psychiatric urgencies and emergencies, there is a mobilization to prevent the shutdown of psychiatric beds at Hospital Galba Velloso; Minas Gerais Public Prosecutor’s Office filed a lawsuit to reestablish the functioning of these beds and avoid the deterioration of the State’s Psychosocial Care Network, especially in a critic period of pandemic (Ministério Público de Minas Gerais, 2020). According to Correa (Correa et al; 2020), the role of a psychiatric hospital permeates social actions and specific



cares for contagion prevention, since patients in crisis may not be able to understand importance of hygiene measures, nor isolation need which may eventually require specialized hospitalization.

In special attention to pregnant women mental health, it is important to highlight the need to maintain antenatal appointments to ensure a safer evolution of the mother-baby binomial, during pregnancy. Aware of the vulnerability of pregnant women to the incidence of mental disorders, such as depression and anxiety, and the increased risk associated with COVID-19, World Health Organization suggests special attention to these women and proposes the development of new strategies to guarantee health care, respecting social distancing and hygiene measures to avoid COVID-19. The organization encourages teleconsul-

tations, internet-based strategies to help cope with distress, isolations and anxiety, access to reliable information on the pandemic and avoid misinfodemia exposure (World Health Organization, 2020). Also, it is crucial to guarantee that pregnant women dealing with a mental disorder have all access to their treatments and follow-ups, to avoid relapses and more crisis.

Conclusion

The unique scenario that COVID-19 pandemic is providing demands self-criticism and innovation actions to minimize damages in all sectors of society. In addition to outpatient and hospital care, researches also face difficulties in maintaining its activities. With the suspension of most activities taking place at the State University of Minas Gerais,



researches on mental health in the perinatal period is suspended until further recommendation or restructuring to guarantee volunteers safety. Far beyond COVID-19, other diseases continue to affect population and require attention for prevention and caring. It is necessary to encourage the debate on the development of a global strategy for coping with health crises and the definition of what in fact is essential and must not be contingent in a scenario like the current. More than ever, the pandemic has highlighted the importance of investments on public health, science and technology, which are much underfunded and depreciated in Brazil.

Bibliographical references

Ahorsu, Daniel Kwasi et al., (2020). Associations Between Fear of COVID-19, Mental He-

alth, and Preventive Behaviours Across Pregnant Women and Husbands: An Actor-Partner Interdependence Modelling. *International Journal of Mental Health and Addiction*.

Banerjee, Debanjan; (2020). The COVID-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play. *Asian J psychiatry*. 50:102014.

Bedford, Juliet et al., (2020). COVID19: towards controlling of a pandemic. *Lancet*. 395:1015-8

Correa et al; (2020). Why psychiatric treatment must not be neglected during the COVID-19 pandemic. *Braz J Psychiatry*.

Helioterio, Margarete Costa et al; (2020). COVID-19: por que a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pande-



mia?.

Latin America Business Stories:
Paraná: Sociedade [Internet].
2020 may 18 [cited 2020 jun28].
<https://labs.ebanx.com/en/news/society/south-america-has-become-the-newepicenter-of-covid-19/>

Mello, Guilherme et al., (2020).
A Coronacrise: natureza, impactos e medidas de enfrentamento no Brasil e no mundo. Campinas: Cecon, IE/UNICAMP [Internet].
19 de março 2020 [cited Jun 30 2020]. http://www3.eco.unicamp.br/images/arquivos/nota_cecon_coronacrise_natureza_impactos_e_medidas_de_enfrentamento.pdf

Morosini, Liseane; (2020). Saúde estrangulada: chegada do novo coronavírus ocorre no contexto em que a atenção básica pas-

sa por mudanças em seu perfil e sofre com perdas de recursos.

RADIS: Comunicação e Saúde. 213:28-31.

Ministério Público de Minas Gerais: Superintendência de Comunicação Integrada; Diretoria de Imprensa. Belo Horizonte [Internet]. 31 de março 2020 [cited 2020 Jun 28]. <https://www.mpmg.mp.br/comunicacao/noticias/em-meio-a-pandemia-do-covid-19mpmg-requer-a-justica-que-estado-e-fhemig-restabelecam-o-atendimento-psiquiatrico-no-hospital-galba-veloso-em-bh.htm>

Rennó Jr., Joel et al., (2019). Women's Mental Health: A Clinical and Evidence-based Guide. Springer Nature.

Rondon, Marta and Stewart, Donna (2017). Disentangling the



heterogeneity of perinatal depression. *The Lancet. Psychiatry.* 4:432-433.

Saccone, Gabriele et al., (2020). Psychological impact of coronavirus disease 2019 in pregnant women. *Am J Obstet Gynecol.*

Sikar, Karen et al., (2020). Perinatal mental health during the COVID-19 pandemic. *Women and Birth.* 33:4-309.

Silva et al; (2020). Covid-19 in Brazil has exposed socioeconomic inequalities and underfunding of its public health system. *The BMJ.*

Silva et al; (2020). Mental health: why it still matters in the midst of a pandemic. *Braz J Psychiatry.* 42:229-231.

Vieira et al; (2020). Quando a

vida não escolhe tempo para nascer (VIDA): Recomendações do Grupo de Língua Portuguesa da Sociedade Marcé Internacional para a Saúde Mental Perinatal. *The Marcé Society for Perinatal Mental Health.*

Wei et al; (2020). Efficacy of internet-based integrated intervention on depression and anxiety symptoms in patients with COVID-19. *J Zhejiang Univ Sci B.* 21:400-440.

World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019. Situation Report [Internet]. 17 April 2020 [cited 2020 Jun 30]. https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/situation-reports/20200417-sitrep-17-april-2020-covid-19-1b6cccd-94f8b4f219377bff55719a6ed.pdf?sfvrsn=ebe78315_6



World Health Organization.
Mental health and psychosocial
considerations during the CO-
VID-19 outbreak [Internet]. 18
March 2020 [cited 2020 jun 30].
https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-healthconsiderations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2



A ESPIRITUALIDADE E SEUS REFLEXOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

SPIRITUALITY AND ITS EFFECTS ON CANCER PATIENTS

Débora Pimenta Alves¹

Laura Costa Pereira

Camila Sousa Bragunçe Alves

Laiza Bonela Gomes

Resumo: desde os primórdios da humanidade, ciência e fé sempre foram dadas como antônimos e lutaram para o reconhecimento popular. Contudo, atualmente é discutida a associação entre essas áreas para um melhor resultado, uma vez que acreditar em uma dessas vertentes não significa desconsiderar a importância da outra, inclusive em pacientes terminais. Objetivou-se analisar a vivência da espiritualidade/religião no suporte aos pacientes

com câncer e discutir a ausência de preparação e de utilização dessas ferramentas pelos profissionais da saúde. A revisão de literatura foi elaborada a partir das bases de dados BVS Brasil (Biblioteca Virtual em Saúde), Google Acadêmico e PubMed no período de 2017 a 2020. As palavras-chave utilizadas foram “espiritualidade”, “religião”, “neoplasias” e “saúde”. Como critério de inclusão foram utilizados textos completos gratui-

1 Faculdade de Minas - BH



tos e na língua inglesa. A busca científica gerou inicialmente 86 artigos onde após a avaliação de seus títulos e respectivos resumos, excluiu-se as duplicatas e os que estavam incompatíveis com o escopo do estudo, totalizando em 31 artigos. Após anexar um artigo separadamente, foram lidos na íntegra 31 artigos para construção deste trabalho. Concluiu-se que a espiritualidade e a religião são importantes na vida de pacientes terminais que buscam ferramentas para o enfrentamento da doença e para continuar o tratamento, mostrando a importância dessas na forma de lidar com o paciente, melhorando assim o prognóstico.

Palavras-chave: Espiritualidade; saúde; religião; neoplasias.

Abstract: since the dawn of mankind, science and faith have

always been given as antonyms and have fought for popular recognition. However, these days the association between these areas is discussed for a better result, since believing in one of these aspects does not mean disregarding the importance of the other, even in terminal patients. The objective was to analyze the experience of spirituality/religion in supporting cancer patients and to discuss the lack of preparation and use of these tools by health professionals. The literature review was based on the BVS Brazil (Virtual Health Library), Google Scholar and PubMed databases from 2017 to 2020. The keywords used were “spirituality”, “religion”, “neoplasms” and “health”. As an inclusion criterion, free full texts in English were used. The scientific search initially showed 86 articles where after the evaluation of their



titles and respective abstracts, duplicates and those that were incompatible with the scope of the study were excluded, totaling 31 articles. After attaching an article separately, 31 articles were fully read for the construction of this work. Concluding that spirituality and religion are important in the lives of terminally ill patients who seek tools to cope with the disease and to continue treatment, showing the importance of these in the way of dealing with the patient, thus improving the prognosis.

Keywords: “spirituality” and “religion” and “neoplasms” and “health”.

INTRODUÇÃO

A relação conturbada entre ciência e fé na crença popular e também no meio acadêmico

e/ou científico tem perdurado por muitas décadas. Entretanto, essas duas questões devem se aproximar, ao entender que a vivência da espiritualidade não significa o afastamento da ciência ou que a vivência da ciência, necessariamente não refuta a espiritualidade, pelo contrário, são áreas que devem caminhar lado a lado. Nesse contexto, é importante diferenciar o conceito de espiritualidade e de religiosidade. Religião é um sistema de crenças e práticas, amparada por rituais e valores, enquanto, a espiritualidade pode ou não estar relacionada à religião, e é compreendida como a busca de um sentido para a vida (ARRIEIRA et al., 2018). Dessa forma, pacientes com doenças graves que buscam por muitas vezes conforto espiritual, demonstram uma resposta positiva na aderência do tratamento. (PROSERPIO et al., 2018) Espe-



cialmente, em um diagnóstico de câncer, onde ocorrem mudanças em todos os âmbitos da vida do indivíduo, como o significado imposto por ele ao novo cenário e o enfrentamento da possibilidade da morte, a espiritualidade pode ser uma ferramenta poderosa (PROSERPIO et al., 2018). As neoplasias afligem a população mundial por diversos fatores, genéticos, ambientais, externos, e podem gerar danos e/ou levar à morte. Assim, a religiosidade e a espiritualidade melhoram o Coping Religioso-Espiritual (CRE) e a Qualidade de Vida (QV) do paciente (PARTAIN et al., 2017). A avaliação de QV é uma medida crítica em oncologia, entretanto, quando a cura não é mais possível, ela torna-se fundamental. As discussões sobre QV entre profissionais de saúde e pacientes são frequentes, porém a ênfase geralmente é voltada para o con-

trole dos sintomas físicos e pouca atenção é dada aos aspectos psicológicos, sociais e espirituais (MATOS et al., 2017).

MATERIAL E MÉTODOS

Essa revisão de literatura foi elaborada a partir das bases de dados BVS Brasil (Biblioteca Virtual em Saúde), Google Acadêmico e PubMed no período de 2017 até a data de publicação deste. As palavras-chave utilizadas foram “espiritualidade”, “religião”, “neoplasias” e “saúde”, os correspondentes em inglês são “spirituality”, “religion”, “neoplasms” e “health”, respectivamente. Foram critérios de inclusão: textos completos gratuitos e na língua inglesa. Os artigos encontrados duplicados e descontextualizados do escopo do assunto foram excluídos.



ESPIRITUALIDADE E RELIGIÃO

A espiritualidade é a busca de significado e de propósito de vida (MATOS et al., 2017). Refere-se a uma conexão com uma realidade maior que dá sentido à vida de alguém (ROCHMAWATI et al., 2018), vista em dimensões que transcendem o palpável da experiência humana, podendo ou não estar relacionada à religião (ARRIEIRA et al., 2018). Dessa forma, a religiosidade é a expressão da própria espiritualidade, através de rituais, dogmas e doutrinas (MATOS et al., 2017), considerada um sistema de crenças e práticas de uma determinada comunidade, amparada por rituais e valores (ARRIEIRA et al., 2018). As crenças culturais, religiosas e espirituais têm efeito sobre os objetivos, comportamentos, hábitos e valores dos

pacientes. A falha em abordar os valores culturais, espirituais e religiosos de um paciente pode levar a cuidados discordantes e/ou à falta de comunicação sobre o cuidado ou o tratamento, que podem afetar seus resultados. Pacientes com crenças espirituais ou religiosas geralmente têm melhores resultados em questões de saúde e melhor QV no fim da vida, quando suas necessidades são ouvidas e atendidas nesses aspectos (PARTAIN et al., 2017). Assim, religião e espiritualidade são ferramentas importantes que indivíduos com câncer costumam usar para ajudá-los a lidar com a doença (POLITE et al., 2018). Ambos conceitos estão ligados aos cuidados paliativos, como ferramenta para integrar o físico, psicológico e o espiritual ao cuidado com o paciente. A partir dessa integração há o aumento da QV e do bem-estar espiritual e,



consequentemente, diminuição da depressão e ansiedade (ROCHMAWATI et al., 2018).

Assim, o sofrimento com doenças graves provoca nas pessoas a necessidade de buscar um significado para suas vidas de forma mais profunda. Diante da situação de enfermidade, encontrar significado na vida é essencial para um melhor enfrentamento e adesão ao tratamento proposto. Um exemplo a ser dado como enfrentamento espiritual seria as práticas religiosas ou de espiritualidade, como orar, meditar, frequentar templos/igrejas e estar inserido em grupos de apoio (SILER et al., 2019; MAIKO et al., 2019).

Uma das formas de fortalecer essa integração é com a presença de líderes religiosos que podem ajudar neste processo (ASTROW et al., 2018). É importante também que os repre-

sentantes religiosos tenham um treinamento ou formação para lidar com as situações adversas (PROSERPIO et al., 2018). Atualmente, o número de pessoas sem religião vem crescendo no mundo e estudos abordam que o bem-estar espiritual pode existir dentro de uma religião ou fora dela, demonstrando que pacientes ainda que não religiosos podem se beneficiar da vivência da espiritualidade e da fé, tendo menores níveis de estresse e melhora de saúde e autoconfiança (WALKER et al., 2017).

Várias crenças espirituais mostram que o sofrimento pode ser transformativo no quesito das pessoas ressignificarem o momento que atravessam sendo a construção da espiritualidade a partir de três componentes: sentido, paz e fé. O sentido é um aspecto que gera um senso de propósito, a paz o aspecto afeti-



vo da espiritualidade que pode ser experienciada como conseguir objetivos significativos e a fé é relacionada com uma crença espiritual particular para entendimento do mundo (DAVIS et al., 2018). Durante a doença, é colocado em dúvida a maioria de suas crenças e seus propósitos. Como foi colocado em estudos com pacientes de câncer no ovário durante a enfermidade e 1 ano depois dela, que apenas 9% das pessoas do estudo mantiveram estável a sua espiritualidade e observaram mudança de pensamentos durante esse tempo analisado. Nessa análise, essas mudanças não previram os níveis de ansiedade, depressão ou distúrbio de humor. Assim, foi possível observar que ao passar do tempo o significado da espiritualidade mudou da pré-cirurgia para 1 ano depois, como a gratidão que aumentou e o nível de fé, aumen-

tando a QV (DAVIS et al., 2018).

Apesar de todos os benefícios destacados, há evidências também de aspectos negativos, com consequente dificuldade emocional e baixo bem-estar. A esperança em Deus para melhorar a situação sem o indivíduo ser um sujeito ativo frente aos seus problemas, faz com que o indivíduo torna-se dependente de Deus para abordar seus problemas (PROSERPIO et al., 2018). Além disso, muito pacientes contradizem os demais que declaram Deus como fonte de apoio após o diagnóstico, à experiência de outros pacientes é expressa com sentimentos de raiva e frustração, seguida do sentimento de culpa, devido à progressão da doença e por não ter sido curado foi gerado uma revolta para com Deus, culpando-o por isso (MAIKO et al., 2019).

Segundo um estudo rea-



lizado, pessoas da Suécia, Coréia do Sul, China, Turquia e Japão têm uma orientação espiritual maior do que religiosa. Os autores ainda relacionaram os métodos utilizados para enfrentamento pelos pacientes com câncer da Suécia e da Coréia, concluindo que o modo de enfrentamento desses pacientes pode mudar de acordo com a cultura da sociedade em que vivem (AHMADI et al., 2017). Os métodos apresentados em comum foram: encontrar recursos de enfrentamento na natureza, lidar com a conexão interior consigo mesmo, lidar com a criação de significado através do ser por si mesmo e buscar conforto em orar. Diante disso, é necessário levar em consideração as diferenças culturais quando se trata de métodos de enfrentamento entre pessoas que sofrem de câncer para realizar melhor assistência (AHMADI et al., 2017).

SAÚDE E ESPIRITUALIDADE EM PACIENTES COM CÂNCER

A espiritualidade é uma ferramenta fundamental para pacientes que receberam diagnóstico de câncer, principalmente, para aqueles que não esperavam recebê-lo repentinamente, por exemplo, pacientes muito jovens, o indivíduo precisa se ater à posturas que elevem sua auto-estima, que criem fé, um propósito e um sentido para tudo (PROSERPIO et al., 2018; NEJAT et al., 2017). Assim, torna-se uma ferramenta, pois é considerada a essência do ser humano, a própria busca por significado e sentido da vida (MATOS et al., 2017).

Segundo Rohde et al: “A busca por significado da vida, no caso, a espiritualidade, pode envolver quatro fatores: um re-



lacionamento sustentável consigo mesmo e com os outros, um significado além de si mesmo, um significado além do tempo presente e explicações para acontecimentos e experiências.” Ela pode ainda ser explorada por meio de duas perspectivas, a partir de uma forma substantiva e uma forma funcional, sendo que a primeira está relacionada ao conteúdo de uma crença religiosa ou espiritual específica e a segunda está relacionada com as construções que o indivíduo realiza para encontrar significado ou propósito de vida, comportamentos e reações que relacionam-se a questões importantes (PROSERPIO et al., 2018).

Pacientes que não tiveram sua espiritualidade levada em consideração, ou seja, não explorada durante o curso de sua doença, não ficaram satisfeitos com os atendimentos recebidos e

obtiveram menor QV (ASTROW et al., 2018). Entretanto, avaliar QV é difícil, pois mensurar um conceito abstrato pode ser subjetivo ao avaliador. Muitas vezes, os fatores subjetivos, pessoais dos pacientes com neoplasia não são atendidos como deveriam (MATOS et al., 2017).

Segundo um estudo realizado por Barton et al.: “pacientes que se identificaram como espiritualizados com ou sem religião, compartilharam pensamentos esperançosos mais frequentemente do que aqueles que não se identificaram como espiritualizados.” No entanto, alguns pacientes com doenças graves podem apresentar uma regressão espiritual e com isso formar estratégias negativas de enfrentamento para a doença (BARTON et al., 2018).

Um estudo realizado por Selman et al.:

Em nove países, os



pacientes que participaram do estudo apresentaram uma concepção de espiritualidade que variava. Alguns relacionaram que era essencialmente religioso, assim, viram o cuidado espiritual como uma forma de os ajudar a incorporar a fé pessoal na experiência que estavam passando devido a doença, porém muitos pacientes não relacionaram o cuidado espiritual como um cuidado religioso, e sim, como uma oportunidade de serem escutados e aconselhados em um espaço seguro. Além disso, ressaltaram que o cuidado espiritual tinha a função de fornecer apoio existencial e conexão humana no momento difícil (SELMAN et al., 2018).

Uma estratégia que apresentou reduzir o sofrimento dos pacientes com doenças limitantes foi derivar o significado e o propósito da vida, tendo a espiritualidade como a via de realização, eles podem ser atribuídos através de um poder superior ou de conexões inter/intrapessoais. Pesquisas apontam que por mais que não são todos os indivíduos que são religiosos, todos são espirituais, principalmente, os que se deparam com o fim da vida. Em relação aos cuidados paliativos, os médicos afirmam que negligenciar a espiritualidade é descuidar de um fator essencial para o cuidado ao paciente. Estudos em relação aos cuidados paliativos constatam que o bem-estar espiritual pode contribuir na cura psicológica, social e física do paciente com câncer (MISTRETTA, 2017). Além disso, o cuidado paliativo promove



a discussão sobre o tratamento e a expectativa do paciente e seus familiares em relação também aos milagres, que seriam resultados positivos esperados que não necessariamente possuem uma conotação religiosa. Essa expectativa, quando existente, deve ser explorada, pois revelam as necessidades e as respostas do paciente ao tratamento, e, muitas vezes, indica a postura que o profissional de saúde deve assumir para colaborar com o cenário de melhora do indivíduo (SHINALL et al., 2018).

No entanto, enquanto adultos com câncer expressam a necessidade de atenção ao bem-estar espiritual, sabe-se pouco se jovens adultos com câncer têm essa mesma necessidade. Para os pacientes que lidam com essa doença, ocorre uma exacerbação do elemento de incerteza e confusão de papéis. Já os jovens adultos

apresentam um avanço nos marcos do desenvolvimento espiritual (MISTRETTA, 2017).

Segundo o estudo de Mistretta:

O estágio de desenvolvimento da fé de Fowler foi uma das primeiras investigações empíricas sobre o desenvolvimento espiritual, por conseguinte, o desenvolvimento espiritual é a maneira como as pessoas mudam para um lugar de auto-transcendência, ou seja, elas se conectam com algo maior do que elas, sendo a religião o instrumento de conexão com suas crenças. Ainda mostra que o uso da palavra fé por Fowler refere-se que todos os humanos de diferentes origens criam significados para o eu e para o mundo. Essa teoria do desenvolvimento



da fé que é dividida em várias etapas, mostra que a espiritualidade é um processo de desenvolvimento. Entretanto, o desenvolvimento espiritual depois da adolescência não é pleno, depende da pessoa ir além das próprias suposições culturais. Estudos mostram que situações adversas podem desencadear uma conscientização da espiritualidade, ou seja, iniciar o desenvolvimento da espiritualidade. A ideia precoce de que sempre esses eventos negativos provocam maior desenvolvimento espiritual e que a espiritualidade atua como fator de proteção, podem mascarar o aumento dos sintomas depressivos e ausência de apoio adequado, e assim, refletir inibindo o bem-estar

espiritual psicossocial (MISTRETTA, 2017).

Eventos traumáticos ou desafiadores com o câncer podem ocasionar mudanças psicológicas positivas nos pacientes em relação a abordagem da vida, como relacionamento e espiritualidade. Essas mudanças que ocorrem após eventos traumáticos são denominadas como crescimento pós-traumático. Pesquisas mostram que entre 60 % e 90% dos pacientes sobreviventes do câncer relataram mudanças positivas após o diagnóstico e o tratamento (GESSELMAN et al., 2017). Na teoria psicológica moderna de controle é possível concluir que como não se pode controlar os resultados da vida, é necessário se ajustar internamente para encontrar significado nos resultados, principalmente, nos



negativos. Dessa forma, eventos traumáticos ou desafiadores como câncer podem ocasionar mudanças psicológicas positivas nos pacientes em relação a abordagem da vida, como em seus relacionamentos e em sua espiritualidade. Essas mudanças que ocorrem após eventos traumáticos são denominadas como crescimento pós-traumático. Pesquisas mostram que entre 60 % e 90% dos pacientes sobreviventes de câncer relataram mudanças positivas após o diagnóstico e tratamento (GESSELMAN et al., 2017).

De acordo com estudo realizado por Gesselman et. al:

Três metanálises mostram que a religiosidade e a espiritualidade estavam relacionadas a uma maior saúde física, mental e social nos pacientes sobreviventes de câncer.

Além disso, uma revisão que teve como objetivo pacientes com câncer de mama, mostrou que a espiritualidade estava relacionada melhor QV, níveis mais baixos de estresse, diminuição dos sintomas depressivos e dos distúrbios de humor. Ainda, pesquisas em ciências da saúde indicam que a espiritualidade e a religiosidade podem proteger contra os traumas psicológicos de problemas de saúde, como o câncer (GESSELMAN et al., 2017).

A crença no destino cria uma sensação de aceitação, porque as pessoas que creem nisso vêem a doença como um teste de um plano divino maior, usam do argumento de que Deus deixou isso acontecer, porque Ele tem



um propósito, mesmo sendo difícil deixarem que as religiões os ajudem a ter esperança nos momentos conturbados. Ademais, é relatado que existem indivíduos que acreditam que a doença é uma benção divina, relatando que Deus estava se comunicando com eles através da doença e que existe um intuito para o sofrimento (NEJAT et al., 2017; ADAMS et al., 2017).

Muitos estudos mostram que a religião também é uma forma importante para saber lidar com a doença em si, visto que as pessoas estudadas, conectadas a Deus se mostravam confortadas por saberem que a vontade divina os trouxe aqueles profissionais da saúde que tratam deles, os pacientes os consideram instrumentos Dele. Outra visão abordada é de que o diagnóstico está além da compreensão deles, contudo, se tivessem fé conse-

guem forças para resistir e para continuar o tratamento e o engajamento com as atividades religiosas, que trazem sensação de conforto. O pensamento de que Deus não é cruel, e que estão em um momento de provação divina, para assim, saber lidar com essas experiências difíceis criando na graça divina. Esse aspecto é muito importante na vida dos devotos, porque eles fazem suas decisões baseadas na crença que tem e em sua fé, eles confiam à Deus suas escolhas e até expõem que a fé Nele diminui o medo da morte (CARRION et al., 2017; NEJAT et al., 2017; BAGHERI et al., 2017).

SAÚDE E RELIGIÃO

O enfrentamento é a forma como o indivíduo lida com uma situação difícil, como o câncer. Os pacientes tendem a



usar a religião como ferramenta para enfrentar esse tipo de situação, principalmente, quando ela já faz parte e/ou tem importância na sua vida (AHMADI et al., 2017). Nesse contexto, vale ressaltar que a religião está presente nas sociedades há séculos, e procura prover respostas para perguntas como: qual o sentido da vida. Entretanto, com as mudanças ao longo do tempo, a religião perdeu grande parte de sua relevância, principalmente, pela ascensão das ciências, que proveram grande parte das respostas sobre a vida e sua origem. Todavia, no que tange ao sentido dela, as duas, religião e ciência, ainda lutam para alinhar seus conceitos (PROSERPIO et al., 2018).

Além disso, a religião pode ser considerada uma representação da espiritualidade em si, por meio de rituais e doutrinas. Os efeitos benéficos da prá-

tica religiosa estão relacionados a maior aderência ao tratamento e uma melhor forma de enfrentar aquele momento da vida (ROCHMAWATI et al., 2018). Estudos mostraram que a fé fornece relaxamento e imunidade contra problemas e desastres, e é associada a recuperação de muitos pacientes, pois leva a um sentimento de renovação, percebidos em três estágios no tratamento pós-traumático: a primeira etapa é de mudanças como maior autoconfiança e mais poderes contra desafios futuros; a segunda como alterações nos relacionamentos interpessoais e o terceiro estágio inclui transformação na filosofia e no espírito (BAGHERI et al., 2017). Projetos de pesquisas também encontraram uma relação da espiritualidade e da prática religiosa afetando a saúde física, principalmente, promovendo melhor funcionamento do mecanis-



mo imunológico que já está debilitado nessa situação (VESPA et al., 2017).

No entanto, pode-se apresentar efeitos negativos, e esses estão relacionados ao estresse da situação, ao impacto emocional e aos reflexos na religiosidade do paciente (MATOS, 2017). Pode-se citar a raiva perante Deus e a perda da crença (ROCHMAWATI et al., 2018). Logo, em culturas que possuem outros recursos não religiosos mais significativos, consequentemente, a religião terá menor ou nenhuma importância no processo de enfrentamento do câncer (AHMADI et al., 2017).

ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS COM OS PACIENTES

A discussão do tema abertamente com os profissionais de saúde é importante e eles

devem estar cientes dos recursos espirituais que existem, independente de suas crenças. Uma abordagem bio-psicoespiritual centrada no paciente pode ajudar os profissionais a reavaliar a importância da espiritualidade para seus pacientes, que normalmente tem suas crenças questionadas nos momentos difíceis (NEJAT et al., 2017; VESPA et al., 2017).

O estudo realizado por Selman et al., mostra que o apoio dos profissionais de saúde é negligenciado na prática clínica, e isso se confirma que apenas 6% a 28% dos pacientes recebem cuidado espiritual. A conexão humana entre o cuidador e o paciente é essencial para ocorrer uma assistência espiritual eficaz. Ainda de acordo com esse estudo, os pacientes e seus cuidadores abordaram medidas essenciais para garantir que ocorra essa conexão, como: o profissional colo-



car o paciente em primeiro lugar, fazer um esforço extra para que ocorra uma conexão entre eles, ser confiável e presente diante do paciente, e ver o cuidado espiritual como parte necessária. Por parte dos pacientes, eles descreveram que sentiam que alguns fatores como: abertura, respeito, não julgamento, estar espiritualmente consciente, honestidade, entre outros, interferem na conexão humana. Além disso, os profissionais responsáveis pelos cuidados enfatizaram a necessidade de serem desenvolvidas intervenções educacionais para toda a equipe, a fim de melhorar e adequar a assistência espiritual para os diversos pacientes (SELMAN et al., 2018).

Assim, as intervenções têm como função proporcionar significado na vida dos pacientes com câncer avançado, sendo que essas intervenções envolvem

psicoterapia centrada no significado e terapia com dignidade. A psicoterapia centrada no significado está relacionada à didática, a discussão e os exercícios experimentais sobre fontes de significados na vida, como criatividade e amor. Por fim, a terapia da dignidade está relacionada ao legado de uma pessoa (MOSHER et al., 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem como definição de cuidado paliativo aumentar a QV dos pacientes e seus familiares diante do tratamento de uma doença terminal. Nesse contexto, é necessário identificar os problemas do paciente e a forma como ele lida com eles nos âmbitos psíquico, psicossocial e espiritual (ROCHMAWAI et al., 2018). Essa prática é bastante presente em diversos países e no Brasil está em crescimento, principalmente, nos últimos anos



devido a transição demográfica e o respectivo aumento da expectativa de vida dos indivíduos. Dessa forma, ocorre também a mudança no perfil das doenças que afligem a população, especialmente, as doenças crônicas ou as doenças em que não há possibilidade de cura. Diante disso, a religiosidade e a espiritualidade são ferramentas para lidar com o estresse gerado diante da enfermidade, especialmente, o câncer. É importante ressaltar que essas ferramentas estão intimamente ligadas a QV do paciente (MATOS et al., 2017).

Segundo Rohde et al, a QV tem quatro dimensões: psíquica, psicológica, social e de bem-estar espiritual (PROSERPIO et al., 2018). Logo, é de extrema importância abordar a QV, bem-estar físico e psicológico como o núcleo do cuidado espiritual. Apesar dessa prática

estar mais presente em países desenvolvidos, estimou-se que 67% dos pacientes morrem sem ter acesso a cuidados espirituais. Mesmo em estudos comprovando sua eficácia, por exemplo, segundo um estudo realizado por Sankhe et al., descobriram que o cuidado espiritual com base nas diretrizes da MATCH, melhorou o nível do bem-estar espiritual e do bem-estar geral nos pacientes com câncer. Essas diretrizes no estudo são definidas como:

- M (Mercy/misericórdia): implica a existência com violência mínima a outros seres vivos e ao ambiente. Esse princípio indica aos pacientes e aos seus familiares a adquirir uma dieta vegetariana. A explicação se concentra em que a dieta não vegetariana está associada a muitos tipos de câncer. Além disso, a dieta



vegetariana possui mais antioxidantes (SANKHE et al., 2017).

- A (Austerity/austeridade): é aconselhado que tanto o paciente como os parentes aceitem a realidade da situação que se encontram e também a terem mentalidade positiva através de práticas espirituais, ao invés de ter hábitos tóxicos como fumar, mascar tabaco e alcoolismo (SANKHE et al., 2017).

- T (Truthfulness/veracidade): indica-se manter uma relação direta com todos os parentes e pessoas próximas e evitar estresse (SANKHE et al., 2017).

- C (Cleanliness/limpeza): indica-se manter uma boa higiene com intuito de evitar infecções (SANKHE et al., 2017).

- H (Holy name/Santo nome): indica-se a oração e a meditação nos a Deus ou a sua religião e/ou crença (SANKHE et al., 2017).

De acordo com esse estudo, o cuidado espiritual com base nos princípios citados foi retratado com um dos meios de reduzir ou eliminar a angústia tanto nos pacientes quanto nos familiares (SANKHE et al., 2017).

Vale ressaltar que a medicina evoluiu e não pode mais ser vista como a ciência que apenas proporciona a cura de doenças, mas também, que proporciona conforto e QV, pois para cuidar do ser humano não necessariamente é preciso tratar com medicamentos e técnicas, há outras esferas que podem ser abordadas e serem efetivas ou colaborarem positivamente com



o tratamento. Uma forma seria proporcionar suporte emocional e psicológico junto a abordagem clínica, dessa forma, faz-se importante o suporte envolver toda a atmosfera do cuidado, consequentemente, todos os profissionais da saúde em contato com o paciente (PROSERPIO et al., 2018). Assim, é importante esses profissionais auxiliarem o indivíduo a se conhecer durante todo o processo do adoecer, independente da neoplasia ser terminal ou não, ajudando na construção ou fortalecimento da espiritualidade (ARRIEIRA et al., 2018).

Arrieira el at menciona a realização de uma anamnese espiritual, pois com os dados do paciente em relação a essa esfera, é possível o profissional buscar suporte nas crenças/religiosidade do paciente, assim como, entendê-lo melhor em todas as suas necessidades. Nesse contexto, a

espiritualidade do profissional da saúde também é importante, pois o torna mais sensível a todas essas questões e gera um cuidado mais humanizado. Além disso, o maior conhecimento sobre espiritualidade abrange os cuidados paliativos, ou seja, há um sentido maior em cuidar de alguém que está para morrer, pois muitas vezes, o foco é na recuperação das pessoas em que as chances de viver são maiores. Logo, os hospitais, os centros clínicos necessitam acrescentar a atenção à espiritualidade como parte do processo, como um serviço disponível. Além disso, é necessário que os futuros profissionais da saúde, ou seja, os estudantes já tenham contato desde a graduação com essa esfera do cuidado (PROSERPIO et al., 2018).

Ademais, evidências sugerem que o apoio espiritual de médicos, enfermeiros e capelães



podem ter um grande impacto na QV dos pacientes com câncer e na tomada de decisões quando se deparam com o final da vida. Mesmo com essas evidências que apoiam a relação entre apoio espiritual e melhores resultados para o paciente, as diretrizes baseadas em evidências sobre como fornecer esse apoio com êxito são limitadas, enquanto há uma falta de conhecimento de quem é mais apropriado para fornecer esse apoio espiritual e/ou quando. Muitas vezes há uma barreira para os médicos conseguirem se comunicar com os pacientes sobre o assunto. Isso pode ocorrer, por exemplo, pela triagem em que a avaliação espiritual é atípica e/ou por ainda ser um assunto tabu do ponto de vista dos profissionais de saúde (BARTON et al., 2018).

Segundo um outro estudo realizado por Kestenbaum

et al., o objetivo espiritual é um dos poucos modelos de avaliação espiritual que tem como função avaliar a espiritualidade do paciente no encontro pastoral, de reflexão e de oração. Diante disso, após uma avaliação da situação do paciente, os capelães escolhem intervenções adaptadas às necessidades espirituais dele. Nesse contexto, vale ressaltar que o objetivo espiritual postula que o ser humano apresenta três necessidades espirituais fundamentais ou “centrais”: significado e direção, valor próprio e de pertencimento à comunidade e amar ser amado. Além disso, a meta espiritual afirma que diante de uma crise uma das três principais necessidades emerge mais fortemente influenciando nos pensamentos e nos sentimentos do paciente. Esse estudo sugere que as intervenções podem ajudar os pacientes com doenças



graves ou com risco de vida a lidar de maneira mais fácil com a situação em que se encontram (KESTENBAUM et al., 2017).

Além do mais, é importante entender que vários pacientes optam, além de procurar a medicina tradicional, pela medicina alternativa. Isso os ajuda no enfrentamento da doença, pois assim focam em sua melhora e dividem as dificuldades nas mãos divinas, sendo fundamental que os profissionais não questionem essas escolhas, principalmente, porque diferentes crenças tratam a espiritualidade como prioridade nessas situações de doença (MERLUZZI et al., 2017).

Alguns relatos de hospitais nos Estados Unidos, ao conectar o tratamento médico com a espiritualidade, permitem com que enfermeiras atendam as demandas religiosa dos pacientes, assim, eles podem entrar em con-

tato com sua igreja e comunidade espiritual, com psiquiatras e psicólogos oncológicos e, em casos mais graves, pode-se realizar intervenções nos leitos dos pacientes. Dessa forma, visa melhorar a relação do profissional da saúde com o paciente e até do paciente com sua família. Nesse contexto, a preocupação com a espiritualidade e religiosidade do paciente deixa de ser uma conversa rasa e passa a ser uma avaliação mais profunda (LAZENBY, 2018).

NEUROCIÊNCIA E ESPIRITUALIDADE

Os cientistas sempre tentaram explicar a associação da religião com a neurociência a fim de entender como a religião atua no cérebro humano, para assim, associar os benefícios que a fé traz aos indivíduos. Essas tentativas baseavam-se em analisar o



cérebro enquanto pessoas muito religiosas, como monges budistas e irmãs carmelitas, tinham seus insights enquanto eram examinadas por tomografia computadorizada com emissão de fóton único (SPECT), ressonância magnética funcional (fMRI) e eletroencefalografia quantitativa (QEEG). Foi criado em 1987, por Michael Persinger, uma espécie de capacete místico que visava gerar campos eletromagnéticos fracos na tentativa de induzir a espiritualidade presente nos indivíduos avaliados e, assim, analisar o córtex dos voluntários, porém os resultados não foram concretos (CESCON, 2011).

Ao analisar vários estudos envolvendo a neurociência e a religião para, dessa forma, descobrir qual parte cerebral era responsável pelas experiências espirituais, foi levantada uma questão por uma irmã carmelita.

Ela disse que era difícil analisar essas experiências espirituais, pois é necessário haver uma conexão profunda que ainda é inexplicável, então, buscá-las em um experimento desse tipo era um desafio. A partir desse pensamento, os pesquisadores começaram a buscar por uma condição mística vivida anteriormente, uma condição afetiva propiciada por uma revivência do estado de união vivido com uma pessoa de ordem religiosa e por um estado neutro como referência para o estudo (CESCON, 2011).

Após esse estudo mais específico, os cientistas perceberam que as experiências religiosas abordavam diferentes regiões encefálicas ativas, amplas e complexas, chegaram à conclusão de que ainda não é completamente sabido seus efeitos, porém a religião traz benefícios, como aumento das habilidades cognitivas



dependentes de atenção e retardamento do envelhecimento. Be-auregard defende que a experiência espiritual pode melhorar as funções do sistema imune, além de prevenir distúrbios psíquicos, como a depressão e levantar o limiar do desequilíbrio homeostático a eventos frustrantes e estressantes, fatores importantes em pacientes neoplásicos (CESCON, 2011).

O modelo de saúde psiconeuroimunológico (PNI) explica a relação entre estresse, pensamentos e emoções, componentes psicossociais-comportamentais e interações neuroendócrinas-imunes. Os componentes psicossociais-comportamentais seriam aspectos positivos e negativos das crenças religiosas e espirituais, traços de personalidade, afeto, apoio social e habilidades de enfrentamento. De acordo com a forma que o cérebro percebe

o estresse, co-fatores pessoais como comorbidades, “experiências vívidas” e fatores psicossociais-comportamentais influenciarão a percepção do estresse nas respostas fisiológicas e nas psicológicas. Os fatores estressores são comunicados do cérebro ao sistema imunológico através de vias neuroendócrinas e de vias hormonais. O sistema imunológico adaptativo responde continuamente de uma maneira positiva ou é vulnerável à doença. Quando ocorre o estresse agudo são ativadas duas principais vias imunológicas e neuroendócrinas. Primeiramente, o eixo simpático-adrenérgico torna-se ativo, ocorre a ativação do sistema nervoso simpático para a liberação de noradrenalina, desencadeando uma resposta de “luta ou fuga”. Posteriormente, o eixo hipotálamo-hipófise adrenocortical (HPAA) faz a liberação de glicocorticóides



des, sendo o cortisol o principal hormônio liberado. Esse hormônio ativa macrófagos, linfócitos e citocinas pró-inflamatórias para atuar contra a ameaça (HULETT et al., 2018).

Entretanto, quando ocorre estresse crônico a atuação prolongada da HPAA torna-se prejudicial, ocasionando uma desregulação imune crônica e efeitos negativos para a saúde. É comum usar o cortisol salivar como uma medida substituta da atividade do HPAA na pesquisa do câncer. Esse hormônio está associado ao ritmo circadiano, logo, apresenta concentrações mais baixas à noite e sobe lentamente em algumas horas antes do despertar, sendo que apresenta seu pico até 30 a 45 minutos após o despertar e após 60 minutos começa a diminuir ao longo do dia. Esse pico denominado resposta do despertar do corti-

sol (CAR) e sua diminuição são denominadas inclinação de cortisol. É necessário uma quantidade de cortisol para as um indivíduo conseguir gerenciar o estresse diário. Assim, apresentar padrões anormais de inclinação do CAR e do cortisol pode sugerir desregulação da função da HPAA (HULETT, 2018).

Segundo o estudo de Hulett et al., o CAR é a concentração máxima de medidas repetidas de cortisol que foram obtidas durante a primeira hora após o despertar. Além disso, o pico de CAR apresentou certa relevância para examinar a relação entre HPAA e fatores psicossociais (por exemplo, estresse no trabalho e na vida). Ainda foi associado ao estresse crônico os CARs embotadas, ou seja, os CARs inferiores a média da coorte analisada. De acordo com esse estudo, os dados sugeriram



que crenças espirituais positivas podem influenciar no pico do CAR. Foi observado também uma relação pequena e moderada entre melhores resultados de saúde física com experiências espirituais positivas e práticas religiosas particulares, como a oração e a meditação (HULETT et al., 2018).

Vale ressaltar os efeitos psicológicos que ocorrem em um paciente com câncer. Uma pessoa com dor física pode ser incapaz de exercer sua crença religiosa, como rezar, principalmente nos estágios finais da doença, os quais ocorrem estados de fraqueza intensos e exaustão física. Dessa forma, se faz importante o controle da dor, por exemplo, para eliminar as variáveis que atrapalham a expressão da espiritualidade. O mesmo cenário aplica-se para quando o paciente tem efeitos diretos no cérebro

por causa da doença alterando seu estado mental e o impede de expressar suas crenças. Abordagens neurocientíficas recentes apoiam que cuidar da saúde mental do paciente pode também estar relacionado ao apoio a sua espiritualidade. Ressurge, então, a questão do paciente entender a doença como parte da sua história, além do seu significado patológico, dessa forma, integrar ao significado da vida e aumentar a QV (PROSERPIO et al., 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A religião pode ser considerada uma ferramenta valiosa de ajuda ao enfrentamento do câncer, pois os pacientes encontram conforto, aceitação e força para continuar o tratamento. A religião proporciona diversos benefícios para a qualidade de vida dessas pessoas e de seus familia-



res. Foi identificado também que vários pacientes consideram sua espiritualidade como uma prioridade diante das situações adversas. Dessa forma, faz-se necessário uma maior abordagem desses aspectos pelos profissionais de saúde envolvidos no tratamento de um paciente com câncer, que não devem menosprezar esse tipo de informação sobre o paciente para usá-la como ferramenta, assim, melhorar sua abordagem religiosa e incluir a anamnese espiritual. Ressalta-se que os aspectos psicológicos e sociais têm de ser levados em consideração, pois se mostram como colaboradores do tratamento em vários estudos citados. Diante disso, mostrou-se que a espiritualidade tem um papel positivo e significativo em pacientes que estão em tratamento oncológico.

Referências Bibliográficas

ADAMS, Natasia et al. "Evaluating Survivorship Experiences and Needs Among Rural African American Breast Cancer Survivors." *Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education* vol. 32,2 (2017): 264-271. doi:10.1007/s13187-015-0937-6.

AHMADI F; Park J; Kim K.M, et al. Meaning-Making Coping Among Cancer Patients in Sweden and South Korea: A Comparative Perspective. *Journal of religion and health*, 56(5), 1794–1811, 2017. Available from <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0383->

ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira et al. Spirituality in palliative care: experiences of an interdisciplinary team. *Rev.*



esc. enferm. USP, São Paulo, v. 52, e03312, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi62342018000100401&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 May 2020. Epub Apr 12, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017007403312>.

ASTROW, Alan B et al. “Spiritual Needs and Perception of Quality of Care and Satisfaction With Care in Hematology/Medical Oncology Patients: A Multicultural Assessment.” *Journal of pain and symptom management* vol. 55,1 (2018): 56-64.e1. doi:10.1016/j.jpainsymman.2017.08.009. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28842220/>.

BAGHERI, S. Seyed Hamid et al. “Burst Out of the Dead Land by the Help of Spirituality: A Case Study of Living with Blindness

and Cancer.” *Journal of religion and health* vol. 56,3 (2017): 896-906. doi:10.1007/s10943-016-0284-x.

BARTON K.S. et al. “I’m Not a Spiritual Person.” *How Hope Might Facilitate Conversations About Spirituality Among Teens and Young Adults With Cancer.* *Journal of pain and symptom management*, 55(6), 1599–1608, 2018. Available from <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.02.001>.

CARRION, Iraida V. et al. “‘I Told Myself to Stay Positive’ Perceptions of Coping Among Latinos With a Cancer Diagnosis Living in the United States.” *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, vol. 34, no. 3, Apr. 2017, pp. 233–240, doi:10.1177/1049909115625955.



CESCON, Everaldo. Neurociência e Religião: As Pesquisas Neurológicas em Torno da Experiência Religiosa. *Estudos de Religião*. (2011). 25. 77-96. 10.15603/2176-1078/er.v-25n41p77-96.

DAVIS, Lauren Z et al. “Changes in spiritual well-being and psychological outcomes in ovarian cancer survivors.” *Psycho-oncology* vol. 27,2 (2018): 477-483. doi:10.1002/pon.4485.

GESSELMAN A.N et al. Spirituality, emotional distress, and post-traumatic growth in breast cancer survivors and their partners: an actor-partner interdependence modeling approach. *Psycho-oncology*, 26(10), 1691–1699, 2017. Available from <https://doi.org/10.1002/pon.4192>.

HULETTJ.Metal.Religiousness,

Spirituality, and Salivary Cortisol in Breast Cancer Survivorship: A Pilot Study. *Cancer nursing*, 41(2), 166–175, 2018. Available from <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000471>.

KESTENBAUM A et al. What Impact Do Chaplains Have? A Pilot Study of Spiritual AIM for Advanced Cancer Patients in Outpatient Palliative Care. *Journal of pain and symptom management*, 54(5), 707–714, 2017. Available from <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.027>.

LAZENBY M. Understanding and Addressing the Religious and Spiritual Needs of Advanced Cancer Patients. *Semin Oncol Nurs*. 2018;34(3):274-283. doi:10.1016/j.soncn.2018.06.008.

MAIKO, Saneta et al. “Spiritual Experiences of Adults With Ad-



vanced Cancer in Outpatient Clinical Settings.” *Journal of pain and symptom management* vol. 57,3 (2019): 576-586.e1. doi:10.1016/j.jpainsymman.2018.11.026.

MATOS, Ticiane Dionizio de Sousa et al. Qualidade de vida e coping religioso-espiritual em pacientes sob cuidados paliativos oncológicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 25, e2910, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi11692017000100359&lng=en&nrm=iso>. access on 23 May 2020. Epub July 10, 2017. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1857.2910>.

MERLUZZI, Thomas V; Errol J Philip. ““Letting Go”: From Ancient to Modern Perspectives on Relinquishing Personal Control-
-A Theoretical Perspective on

Religion and Coping with Cancer.” *Journal of religion and health* vol. 56,6 (2017): 2039-2052. doi:10.1007/s10943-017-0366-4.

MISTRETTA E.G. Spirituality in young adults with end-stage cancer: a review of the literature and a call for research. *Annals of palliative medicine*, 6(3), 279–283,2017. Available from <https://doi.org/10.21037/apm.2017.06.17>.

MOSHER C.E. et al. Examining the effect of peer helping in a coping skills intervention: a randomized controlled trial for advanced gastrointestinal cancer patients and their family caregivers. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 27(2), 515–528, 2018. Available from <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1620-7>.



NEJAT, Nazi et al. “The use of spirituality and religiosity in coping with colorectal cancer.” *Contemporary nurse* vol. 53,1 (2017): 48-59. doi:10.1080/10376178.2016.1276401.

PARTAIN, D. K; Ingram, C. & Strand, J. J. (2017). Providing Appropriate End-of-Life Care to Religious and Ethnic Minorities. *Mayo Clinic proceedings*, vol. 92,1 (2017): 147-152. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.08.024> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28062060/>.

POLITE, Blase N. et al. Association of externalizing religious and spiritual beliefs on stage of colon cancer diagnosis among black and white multicenter urban patient populations. *Cancer*, vol. 124, 12 (2018): 2578–2587. <https://doi.org/10.1002/cncr.31351>. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29579340/>.

[gov/29579340/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29579340/).

PROSERPIO, Tullio et al. Cooperation between in-hospital psychological support and pastoral care providers: obstacles and opportunities for a modern approach. *Tumori, Milão*, vol. 104,4, (2018): 243-251. Available from <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28885676/>>. Access on 23 May 2020. Epub 2018 May 8. <https://doi.org/10.5301/tj.5000676>.

ROCHMAWATI, Erna et al. Centrality of spirituality/religion in the culture of palliative care service in Indonesia: An ethnographic study. *Nursing & health sciences* vol. 20,2 (2018): 231-237. doi:10.1111/nhs.12407

ROHDE, G; Kersten, C; Vistad, I. & Mesel, T. (2017). Spiritual Well-being in Patients With



- Metastatic Colorectal Cancer Receiving Noncurative Chemotherapy: A Qualitative Study. *Cancer nursing*, vol. 40,3 (2017): 209-216. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000385>. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27101099/>. Available from <https://doi.org/10.1177/0269216317734954>.
- SANKHE A. et al. Spiritual Care Therapy on Quality of Life in Cancer Patients and Their Caregivers: A Prospective Non-randomized Single-Cohort Study. *Journal of religion and health*, 56(2), 725–731, 2017. Available from <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0324-6>. doi:10.1188/19.ONF.49-58.
- SELMAN L.E. et al. Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. *Palliative medicine*, 32(1), 216–230, 2018. doi:10.1188/19.ONF.49-58.
28. SHINALL, M. C; Jr, Stahl, D. & Bibler, T. M. (2018). Addressing a Patient's Hope for a Miracle. *Journal of pain and symptom management*, vol. 55,2 (2018): 535-539. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.10.002>. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29030208/>.
- VESPA, Anna et al. "Validation of Brief Multidimensional Spirituality/Religiousness Inventory (BMMRS) in Italian Adult Participants and in Participants with Medical Diseases." *Journal of re-*



ligion and health vol. 56,3 (2017):
907-915. doi:10.1007/s10943-016-
0285-9.

WALKER, Sara J et al. “The
Relationships Between Spiritu-
al Well-Being, Quality of Life,
and Psychological Factors Before
Radiotherapy for Prostate Can-
cer.” Journal of religion and he-
alth vol. 56,5 (2017): 1846-1855.
doi:10.1007/s10943-016-0352-2.



IMPACTO DO USO DA VÁLVULA DE FALA NA DEGLUTIÇÃO E NO PROCESSO DE DECANULAÇÃO

IMPACT OF THE USE OF THE SPEECH VALVE ON THE SWALLOWING AND DECANULATION PROCESS

Karla Regina Nantes de Oliveira¹

Patrícia Galdino Franco²

Suellen Cristina Ribeiro Akamine³

Resumo: A válvula de fala pode ser segura e eficaz para pacientes traqueostomizados, conscientes e com tolerância para cuff desinsuflado, podendo ser acoplada entre 48 e 72 horas após a traqueostomia, dependendo da permeabilidade de vias aéreas. Objetivo: o objetivo desse estudo foi identificar o impacto do uso da válvula de fala nos pacientes adultos hospitalizados na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, visando a deglutição, reintrodução de dieta por via oral de forma segura e decanulação. Método: foi utilizado o método longitudinal com avaliação indireta e di-

1 Fonoaudióloga. Atendimento Home Care. Profissional liberal. Especialista em Motricidade orofacial pela Universidade Católica Dom Bosco

2 Fonoaudióloga. Atendimento Home Care. Profissional liberal. Especialista em Motricidade orofacial pela Universidade Católica Dom Bosco

3 Profissional de serviços hospitalares. Especialista em Gestão de Saúde Pública pela Universidade Unigran. Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família pela Fiocruz e UFMS. Especialista em Psicopedagogia pela Universidade Unaes Anhanguera



reta com protocolos PAP, PITA, PARD, BLUE DAY TEST, PROTOCOLO DE DECANULAÇÃO E ESCALA FOIS em pacientes adultos e hospitalizados. Resultados: quanto ao critério de tempo para decanulação, após o início do treino com a válvula de fala, consideramos os seguintes achados. Todos os pacientes decanularam com no máximo 15 dias, após o início do uso da válvula de fala. Todos iniciaram a alimentação por via oral em no máximo 7 dias, após o uso da válvula de fala. E foram retiradas as SNE em todos os pacientes em no máximo 15 dias após o uso da válvula de fala. Há evidências que o uso da válvula de fala traz impactos positivos no processo de deglutição, reintrodução da dieta por via oral de forma segura e no processo de decanulação. Conclusão: Concluiu-se que o uso da válvula de fala trouxe be-

nefícios aos pacientes, além de facilitar o processo de fonação e o ajuste do padrão respiratório mais próximo do fisiológico previamente a decanulação, também apresenta uma importância na deglutição e uma diminuição no tempo de decanulação.

Descritores: Traqueostomia, válvula, deglutição.

Abstract: The speech valve can be safe and effective for tracheostomized, conscious patients with tolerance to deflated cuff. It can be coupled between 48 and 72 hours after tracheostomy, depending on the airway permeability. Objective: The objective of this study was to identify the impact of the use of the speech valve on adult patients hospitalized in the city of Campo Grande, in the state of Mato Grosso do



Sul, aiming at swallowing, reintroduction of diet orally in a safe way and decannulation. Method: The longitudinal method with indirect and direct evaluation with PAP, PITA, PARD, BLUE DAY TEST, DECANULATION PROTOCOL AND SCALE was used in adult and hospitalized patients. Results: Regarding the criterion of time for decannulation, after the beginning of the training with the speech valve, we consider the following findings. All patients decannulated within a maximum of 15 days after the use of the speech valve. All started oral feeding in a maximum of 7 days after using the speech valve. And SNE was removed in all patients within 15 days after using the speech valve. There is evidence that the use of the speech valve has positive impacts on the swallowing process, reintroduction of the diet

orally in a safe way and on the decannulation process. Conclusion: It was concluded that the use of the speech valve brought benefits to patients, in addition to facilitating the phonation process and the adjustment of the respiratory pattern closer to the physiological one before decannulation has an importance in swallowing and a decrease in the time of swallowing. Decannulation.

Keywords: Tracheostomy, Valve, Deglutition.

INTRODUÇÃO

A válvula de fala pode ser segura e eficaz para pacientes traqueostomizados, acordados, conscientes, clinicamente estáveis, com vias aéreas superiores pervias e com condições para tolerar a completa desinsuflação do cuff, mantendo adequa-



da ventilação nessa condição. A válvula pode ser acoplada em um paciente de 48 a 72 horas pós-traqueostomia, dependendo da permeabilidade das vias aéreas. (FURKIM A. M. & RODRIGUES K. A, 2014).

O uso da válvula promove a restauração da pressão positiva subglótica reduzindo a aspiração traqueal, melhora da limpeza das vias aéreas por meio do reflexo de tosse, melhora na sensibilidade laríngea e faríngea, diminuindo ocorrência de aspiração traqueal e pneumonias aspirativas, melhora da proteção de vias aéreas, reduzindo assim possíveis traumas a mucosa traqueal e infecções. (MASON M., WATKINS C., 1992).

Estudos realizados com a válvula Passy-Muir sugerem que podem ser utilizadas como um degrau para o processo de decanulação, permitindo ao pa-

ciente se ajustar a um padrão respiratório mais fisiológico, com a exalação do ar pela via superior. Isso permite ao paciente ganhar confiança e ao terapeuta avaliar a patência de via aérea, o que pode reduzir significativamente o processo de decanulação. (PASSY V, 1986)

O desmame de pacientes da ventilação mecânica pode ser considerado como um processo e não como um evento, no qual a válvula de fala Passy-Muir mostrou-se benéfica nessa situação. Grande parte dos estudos associa os benefícios do uso no desmame da ventilação mecânica. Estes variam desde o aumento de desmame e decanulação até melhoras olfatórias (FREY J.A., WOODS, 1991)

A deglutição resulta de atividade neuromuscular complexa e dinâmica, envolvendo estruturas ósseas, musculares e



cartilaginosa do trato digestivo e respiratório atuando de forma organizada. É iniciada pela estimulação química e mecânica de um grande número de estruturas na cavidade oral e faríngea, controlada pelo SNC, e tem como principal função transportar o alimento da boca para o estômago, não permitindo a entrada de nenhuma substância na via aérea, além de assegurar a manutenção do suporte nutricional e a hidratação do indivíduo 5.

O complexo processo de deglutição pode ser interrompido por um número de variáveis mecânicas e funcionais, incluindo a presença da traqueostomia. (TQT). A TQT é um procedimento cirúrgico, frequentemente realizado em situações de emergência para promover desobstrução das vias aéreas e nas intubações prolongadas, porém sua repercussão é imediata, desencadean-

do modificações na integração das funções respiratórias e de deglutição. A TQT prolongada pode comprometer as funções motoras e sensoriais dos mecanismos da deglutição, resultando em disfagia, e favorece o aparecimento de complicações tardias, incluindo estenose traqueal, sangramento, fístulas, infecções, hemorragias e broncoaspiração. (GARCIA FINOTTI, 2017).

O uso da válvula de fala proporciona aos pacientes traqueostomizados a possibilidade de comunicação sem a necessidade da oclusão da cânula de traqueostomia com os dedos, do uso da escrita, de gestos ou de equipamentos eletrônicos. A válvula de fala unidirecional que se fecha durante a expiração, o que causa o direcionamento do ar para a laringe, boca e cavidade nasal, possibilitando a fala. Em adição a esse benefício primário, alguns



outros benefícios podem ser verificados, como redução de secreções, aumento da oxigenação do sangue arterial e aumento da olfação. (7. ELPERN. E. H., BORKGREN OKONEK M., BACON M., GERSTUNG C., SKRZYNSKI M, 2000)

Estudos apontam que o desinsuflar do cuff favorece a deglutição e que a oclusão da traqueostomia também auxilia essa função. Defende – se que a presença da válvula de fala promove a restauração da pressão de ar subglótica e o aumento das sensações faríngeas, facilitando a deglutição e reduzindo o risco de aspiração.

A relevância deste estudo reside em analisar se o uso da válvula de fala contribui no processo de decanulação de forma precoce e verificar a possibilidade de alimentação por via oral de forma segura.

Desta forma, o objetivo desse estudo é identificar o impacto do uso da válvula de fala nos pacientes adultos hospitalizados na cidade de Campo Grande, no estado de Mato grosso do Sul, visando a decanulação e reintrodução da dieta por via oral.

MATERIAL E MÉTODO

TIPO DE PESQUISA:

Método transversal, observacional, retrospectiva e pesquisa de campo. Foram consultados prontuários dos pacientes internados no período de 2016 a 2019, obtidos a partir do sistema MVPEP.

MATERIAL (SUJEITOS DA PESQUISA):

Pacientes adultos hospitalizados, pacientes com traqueostomia, pacientes com Glasgow . (LITCHMAN S. W., BIRNBAUM I. L., SANFILIPPO M. R., 1995).

Critérios de inclusão:



Foram analisados dados de pacientes adultos e idosos, acima de 18 anos, internados no Hospital em Campo Grande, no período de 2016 a 2019 e traqueostomizados com uso de válvula de fala.

Critérios de exclusão:

Dados dos pacientes abaixo de 18 anos, comatosos, pacientes provenientes do centro cirúrgico ou do pronto socorro e dados de pacientes internados no período além do estabelecido acima, pacientes não traqueostomizados e impossibilitados de desinsuflar o cuff. Os pacientes que tiveram alta com traqueostomia foram excluídos.

MÉTODO

Em cada prontuário, foram coletados os seguintes dados: os pacientes adultos hospitalizados são avaliados pela equipe de Fonoaudiologia, com avalia-

ção direta e indireta com protocolos PAP, PITA, PARD, BLUE DAY TEST, PROTOCOLO DE DECANULAÇÃO E ESCALA FOIS. (ANDRADE & LIMONGI, 2012)

PAP – Protocolo de avaliação preliminar: É um instrumento que visa descrever e avaliar os aspectos gerais, de respiração, de fala, de voz e das estruturas/órgãos orofaciais e cervicais em sujeitos encaminhados para a avaliação da deglutição. Seu objetivo é conduzir o examinador da tomada de decisão da possibilidade de realização dos protocolos que preveem a oferta de diferentes consistências de líquidos e alimentos além de auxiliar na compreensão da fisiopatologia da disfagia, caso esta esteja presente.

PITA – Protocolo fonoaudiólogo de introdução e transição da alimentação por via oral



para pacientes com risco para disfagia: Indicado para todos os pacientes após avaliação do PAP e do PARD que necessitam de uma avaliação com alimentos e líquido de diferentes consistências e diferentes volumes, podendo considerar a realização de técnicas terapêuticas.

PARD – Tem por objetivo a detecção inicial do risco para disfagia, podendo ser considerado como protocolo de screening, e inclui a oferta de volumes controlados de água e alimento pastoso e homogêneo. Este instrumento visa auxiliar o fonoaudiólogo a identificar e interpretar as alterações da dinâmica da deglutição, caracterizar os sinais clínicos sugestivos de penetração laríngea ou aspiração laringotraqueal, definir pontualmente a gravidade da disfagia e estabelecer condutas a partir dos resultados da avaliação. Segundo este

protocolo, a classificação do grau de disfagia é composta por cinco níveis de classificação da deglutição. Assim, o avaliador deve seguir o raciocínio clínico proposto nas especificações dos itens do protocolo, de acordo com os sinais apresentados pelo paciente. Para classificação da disfagia, é necessário que o paciente apresente pelo menos um sinal que o diferencie do nível anterior: Nível I – deglutição normal: normal para líquido e pastoso em todos os itens avaliados. A alimentação via oral é recomendada. Nível II – deglutição funcional: são esperados compensações espontâneas de dificuldades leves em pelo menos uma consistência, com ausência de sinais de riscos de aspiração. A alimentação via oral é recomendada, mas pode ser necessário tempo adicional para esta tarefa. Nível III – disfagia orofaríngea leve: distúrbio de



deglutição presente, com necessidades de orientações especificadas pelo fonoaudiólogo durante a deglutição. Necessidades de pequenas modificações na dieta, tosse e ou pigarro espontâneos eficazes, leves alterações orais com compensações adequadas. Nível IV – disfagia orofaríngea leve a moderada: existência de risco aspiração, porém reduzido com uso de manobras e técnicas terapêuticas. Necessidade de supervisão esporádica para realização de precauções terapêuticas, sinais de aspiração e restrição de uma consistência, tosse reflexa fraca e voluntária forte. O tempo para alimentação e significativamente aumentado e a suplementação nutricional e indicada. Nível V – disfagia orofaríngea moderada: existência de significativo risco de aspiração. Alimentação oral suplementada por via alternativa, sinais de aspiração para

as duas consistências. O paciente pode se alimentar de algumas consistências utilizando técnicas específicas para minimizar o potencial de aspiração e ou facilitar a deglutição, com necessidade de supervisão. Tosse reflexa fraca ou ausente. Nível VI – disfagia moderada a grave: tolerância de apenas uma consistência com máxima assistência para utilização de estratégias, sinais de aspiração com necessidade de múltiplas solicitações de clareamento, aspiração de duas ou mais consistências, ausência de tosse reflexa, tosse voluntária fraca e ineficaz. Se o estado pulmonar do paciente estiver comprometido e necessário suspender a alimentação por via oral. Nível VII – disfagia orofaríngea grave: impossibilidade de alimentação via oral. Engasgo com dificuldade de recuperação, presença de cianose ou broncoespasmo, aspiração silente para



duas ou mais consistências, tosse voluntária ineficaz, incapacidade de iniciar a deglutição.

BLUE DAY TEST– É utilizado o corante azul, o mesmo utilizado em alimentos, para avaliar a deglutição de saliva e as diferentes consistências alimentares e volumes em pacientes traqueostomizados. É verificada a real necessidade de aplicação deste procedimento; deve posicionar o paciente adequadamente; desinsuflar o cuff; realizar aspiração traqueal; aguardar que o mesmo tenha estabilidade respiratória (FC e SpO₂); administrar o corante alimentício: Aplica – se 4 gotas de corante alimentício azul no dorso da língua; realizar aspiração traqueal novamente de 04 em 04 horas por 24h, após a verificação de que não houve aspiração de saliva corada imediatamente o avaliador fonoaudiólogo , detectando a necessidade,

poderá realizar a testagem com a consistência alimentar adequada para cada caso, utilizando – se também o corante alimentício azul, quando realizado o procedimento com alimento reorientar a equipe a necessidade de se manter o protocolo de aspirações de 04 em 04 horas ou 48h, realizar as anotações necessárias.

PROTOCOLO DE DE-CANULAÇÃO: 1º dia: Desinsuflar o cuff e adaptar válvula de fala, manter por tempo curto e observar patência da via aérea. 2º dia: Adaptar válvula de fala e verificar possibilidade de manter por 6 horas. 3º dia: Adaptação da válvula pela manhã. O paciente mantendo – se estável clinicamente sem sinais de desconforto respiratório, permanecer com válvula durante todo o período (12 horas). 4º dia: Adaptação da válvula pela manhã, mantendo-se estável e verificar a possibi-



lidade de manter durante a noite (24horas).

É permitida retirada da válvula para aspiração e inalação sendo imprescindível a aspiração da via aérea sempre que o procedimento for realizado. 5º dia: Caso o paciente estiver estável, manter o uso da válvula por mais 24 horas. 6º dia: Ocluir totalmente por 48 horas, comunicar o médico assistente sobre condição favorável para decanulação. 8º dia: Na ausência de secreção, sinais de desconforto respiratório, broncoaspiração e com tosse eficaz, decanula-se o paciente e coloca-se curativo oclusivo no estoma. A retirada da cânula de traqueostomia só ocorrerá após consenso de toda a equipe e liberação médica, sendo assim, qualquer profissional da área poderá realizar a retirada do dispositivo. Caso o paciente não evolua para o próximo passo, voltar um passo

atrás.

FOIS: Escala funcional de ingestão por via oral-Funcional Oral IntakeScale: mede a quantidade e tipo de alimento que o paciente consegue ingerir por via oral de forma segura.

A escala é dividida em níveis, em função de a consistência alimentar que o paciente faz uso: Nível 1: nada por via oral. Nível 2: dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido. Nível 3: dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido. Nível 4: via oral total de uma única consistência. Nível 5: via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações. Nível 6: via oral total com múltiplas consistências, porém sem necessidade de preparo especial ou compensações. Nível 7: via oral total sem restrições.



Terapia Fonoaudiológica: Foram realizadas sessões individuais de fonoterapia para reabilitação de voz, fala e deglutição, através do desmame da ventilação mecânica associado ao uso da válvula de fala. Foram realizados exercícios vocais para melhorar a coaptação glótica, elevação, sustentação, estabilização hiolaringea, estratégias e gerenciamento para a melhora da sialorréia e clareamento laríngeo, exercícios para melhorar a motricidade orofacial, dentre eles, exercícios de mobilidade e força dos órgãos fonoarticulatórios, visando melhora na fase oral e/ou laríngea. Observando a necessidade do paciente foi realizado também exercícios de sopro com resistência, sucção, terapia direta com baixo volume, com o objetivo de progressão diária e gradativa do volume e consistências da dieta, associado com manobras

de postura e proteção de vias aéreas, com o enfoque no desmame total da SNE e manutenção da dieta por via oral exclusiva e segura.

TABULAÇÃO E ANÁLISE

Este projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil, sob o n. 22404719.5.0000.5538.

RESULTADOS

De um total de 10 formulários analisados, 10 constataram que os pacientes foram reabilitados após o uso da válvula de fala, ou seja, todos foram decanulados e retornaram para alimentação por via oral exclusiva de forma segura.

O perfil dos pacientes



analisados, através dos formulários prospectivos, corresponde a adultos hospitalizados, pacientes com traqueostomia e pacientes com Glasgow. (LITCHMAN S. W., BIRNBAUM I. L., SANFILIPPO M. R., 1995).

A maioria do sexo masculino, 8 (80%) pacientes, e 2 (20%) pacientes do sexo feminino. 4 (40%) pacientes com idade superior a 65 anos e 6 (60%) pacientes com idade inferior a 65 anos.

Quanto ao critério de tempo para decanulação, após

o início do treino com a válvula de fala, consideramos os seguintes achados: todos os pacientes decanularam com no máximo 15 dias, após o início do uso da válvula de fala; todos iniciaram a alimentação por via oral em no máximo 7 dias, após o uso da válvula de fala; retiraram-se as SNE em todos os pacientes em no máximo 15 dias após o uso da válvula de fala.

QUADRO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Quadro 1: Patologias de base, motivo da internação, tempo da internação e tempo de ventilação mecânica

	Sexo	Idade	Patologia de base	Motivo da internação	Tempo da internação	Ventilação mecânica** (tempo)
Paciente 1	Masculino	16	Paralisia Cerebral	Pneumonia mais crises convulsivas	85 dias	45 dias
Paciente 2	Feminino	65	Edema agudo de pulmão	Broncopneumonia	64 dias	22 dias
Paciente 3	Masculino	71	HAS Trombectomia	Dor torácica	27 dias	8 dias



Paciente 4	Feminino	39	Doença de Von Willebrand	Complicações pós procedimento obstétrico	90 dias	78 dias
Paciente 5	Masculino	72	HAS e DPOC	Obesidade mórbida e cirurgia bariátrica	85 dias	45 dias
Paciente 6	Masculino	77	Sem comorbidade	Fasceíte cervical por infecção dentária	56 dias	11 dias
Paciente 7	Masculino	43	Síndrome infecciosa a esclarecer	Crises convulsivas	32 dias	13 dias
Paciente 8	Masculino	64	Parotidectomia complicada	Cirurgia tireoide	33 dias	12 dias
Paciente 9	Masculino	55	Pancreatite	Sepse	95 dias	24 dias
Paciente 10	Masculino	44	Traumatismo Craniano	Descompressão cerebral	35 dias	14 dias

Paciente 1, masculino, portador de paralisia cerebral, internado por pneumonia e crises convulsivas. Paciente 2, feminino, edema agudo de pulmão, internado por broncopneumonia. Paciente 3, masculino, HAS, tromnectomia, AVEI, motivo da internação dor torácica. Paciente 4, feminino, doença de Von willebrand, complicações pós procedimento obstétrico. Paciente 5, masculino, HAS e DPOC, obesidade mórbida e cirurgia bariátrica. Paciente 6, masculino, sem comorbidades, motivo

da internação fasceíte cervical por infecção dentaria. Paciente 7, masculino, síndrome infecciosa a esclarecer, crises convulsivas. Paciente 8, masculino, parotidectomia complicada, cirurgia tireóide. Paciente 9, masculino, pancreatite, sepse. Paciente 10, masculino, traumatismo craniano, descompressão cerebral. A média da idade dos pacientes é de 54,6. A média do tempo de internação dos pacientes é de 60,2. A média do tempo de permanência dos pacientes em ventilação mecânica e de 27,2.



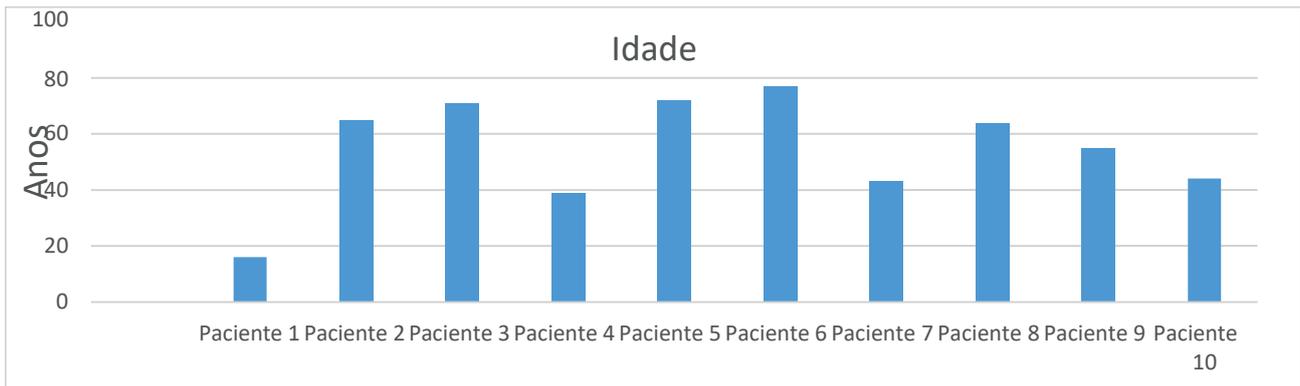


Gráfico 1. Idade dos pacientes
A média da idade dos ilustrado no gráfico 1
pacientes é de 54,6 conforme

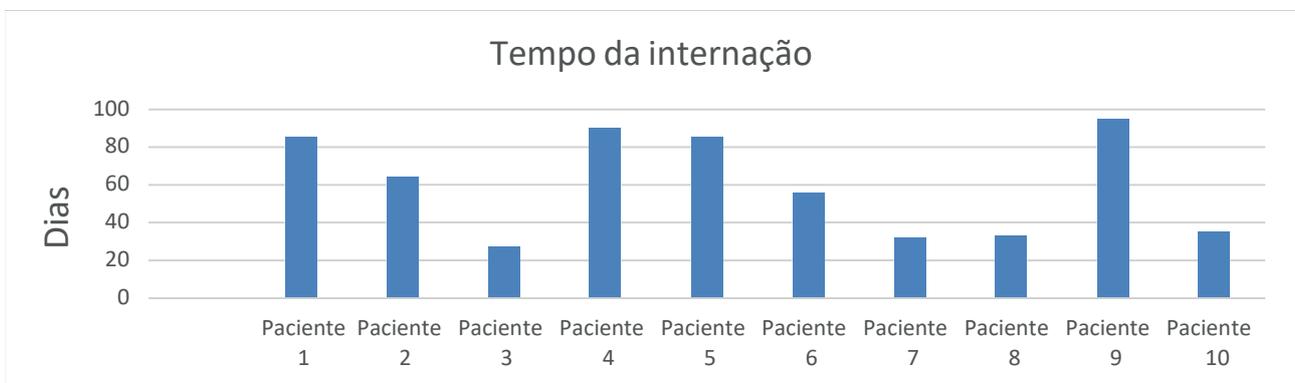


Gráfico 2.Tempo de internação.
A média do tempo de fico 2.
internação dos pacientes é de
60,2 conforme ilustrado no grá-

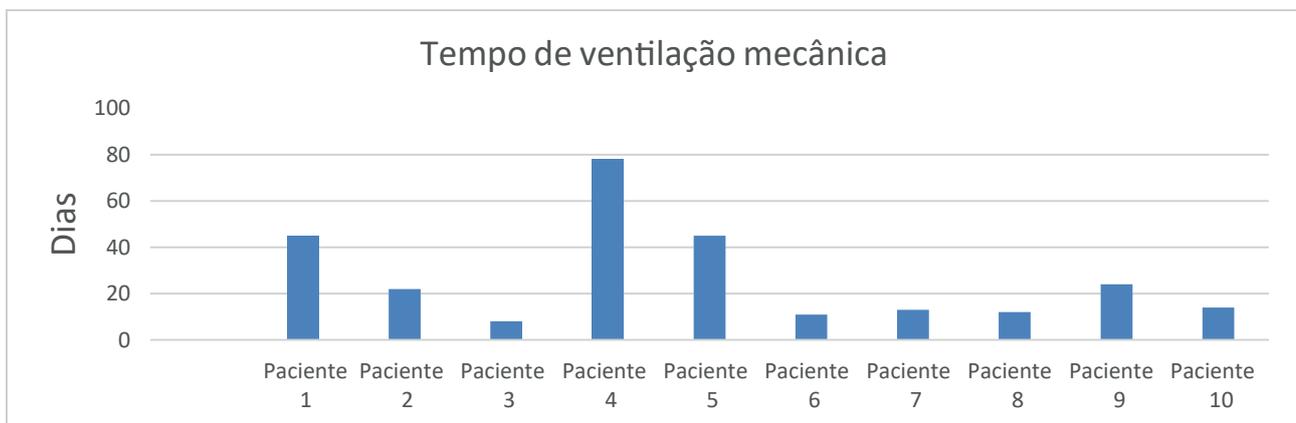


Gráfico 3. Tempo de ventilação mecânica.



A média do tempo de ventilação mecânica é de 27,2
permanência dos pacientes em conforme ilustrado no gráfico 3

Pacientes que usaram válvula de fala

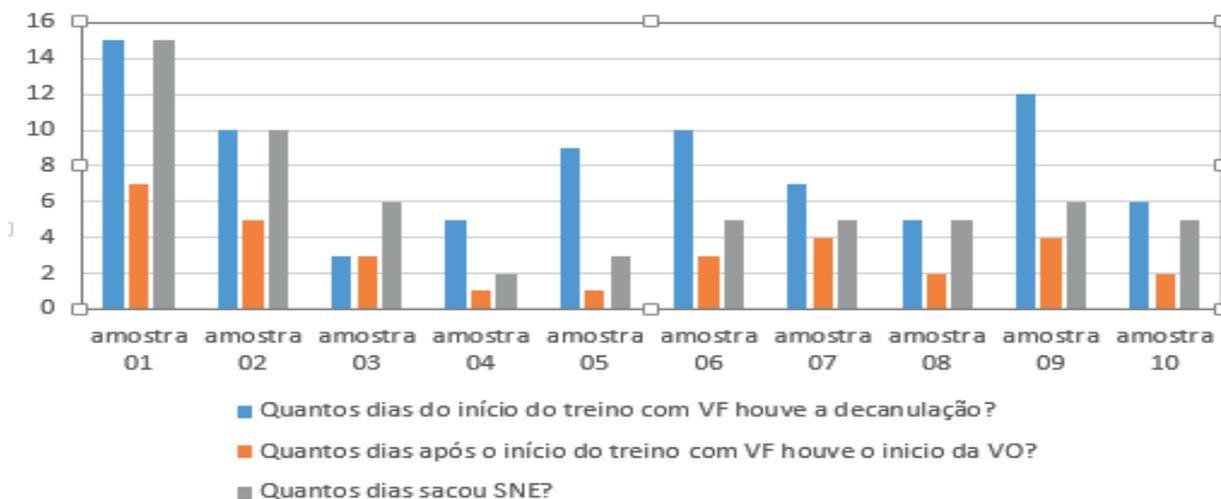


Gráfico 4. Pacientes que usaram válvula de fala.

A decanulação dos pacientes ocorreu após uma média de 8,2 dias após o início do treino com a válvula de fala, conforme ilustrado no gráfico 4 representado pela barra azul.

O início da via oral ocorreu após uma média de 5,5 dias após o início do treino com a

válvula de fala, conforme ilustrado no gráfico 4 representado pela barra laranja.

Após uma média de 6,2 dias sacou a SNE, conforme ilustrado no gráfico 4 representado pela barra cinza.



Quadro 2: Protocolos, decanulação, início da via oral e retirada da sonda

	FOIS inicial	Blue Day Test	FOIS alta	Quantos dias do início do treino houve decanulação	Quantos dias do início do treino houve início da Via Oral	Quantos dias do início do treino houve a retirada da sonda
Paciente 1	1	Positivo	5	15 dias	7 dias	15 dias
Paciente 2	1	Positivo	5	10 dias	5 dias	10 dias
Paciente 3	1	Positivo	6	3 dias	3 dias	6 dias
Paciente 4	1	Negativo	6	5 dias	1 dia	2 dias
Paciente 5	1	Positivo	6	9 dias	1 dias	3 dias
Paciente 6	1	Positivo	5	10 dias	3 dias	5 dias
Paciente 7	1	Positivo	5	7 dias	4 dias	5 dias
Paciente 8	1	Positivo	5	5 dias	2 dias	5 dias
Paciente 9	1	Positivo	5	12 dias	4 dias	6 dias
Paciente 10	1	Positivo	6	6 dias	2 dias	5 dias

A decanulação dos pacientes ocorreu após uma média de 8,2 dias após o início do treino com a válvula de fala. O início da via oral ocorreu após uma média de 5,5 dias após o início do treino com a válvula de fala. Após uma média de 6,2 dias sacou a SNE,

conforme ilustrado no quadro a cima.



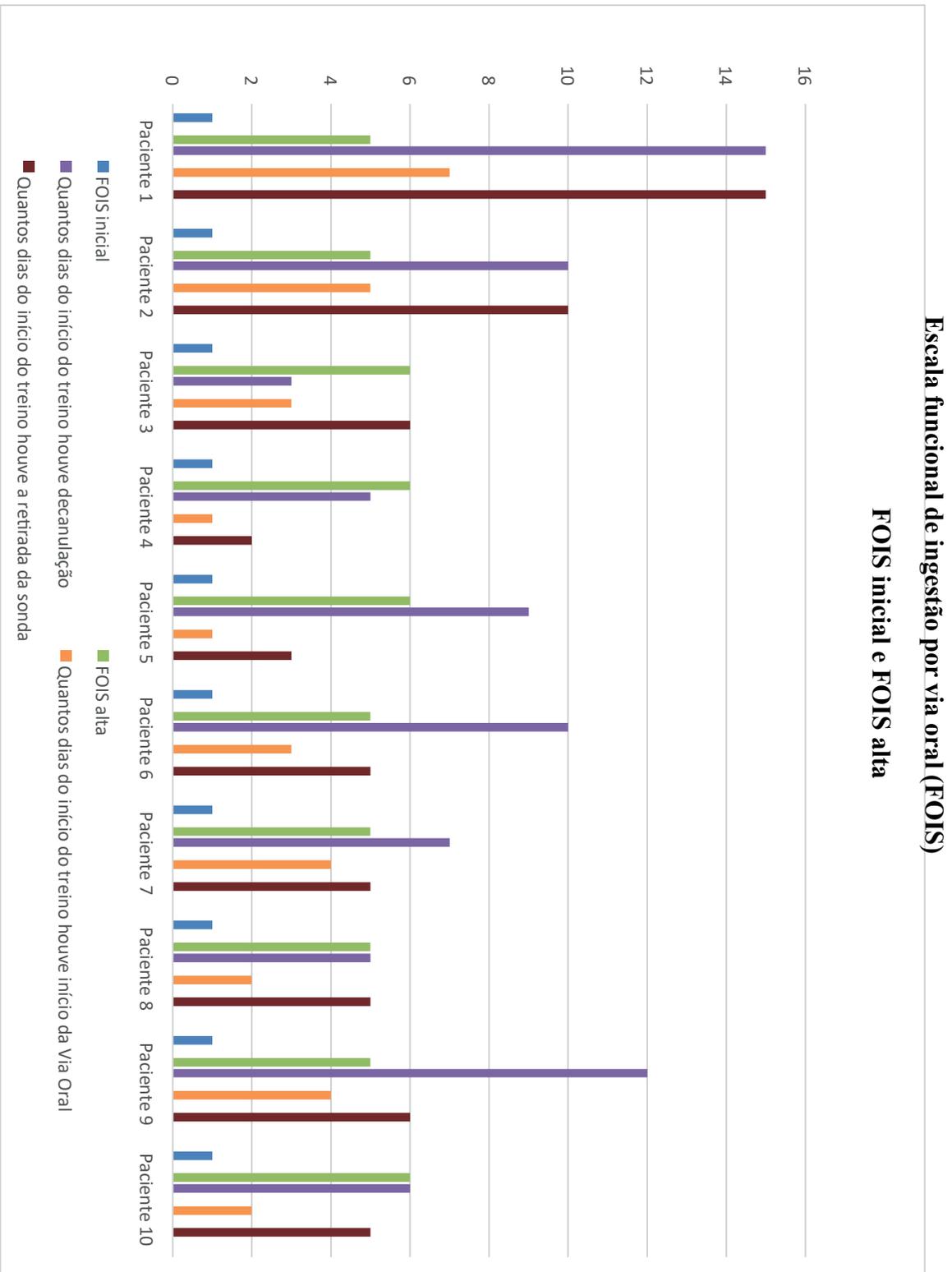


Gráfico 5. FOIS inicial e FOIS alta.



DISCUSSÃO

O presente estudo, que descreve originalmente os formulários prospectivos dos pacientes, revela que todos os pacientes foram reabilitados após o uso da válvula de fala, ou seja, todos foram decanulados e retornaram para alimentação exclusiva por via oral de forma segura.

Os resultados dessa pesquisa apontaram que o uso da válvula de fala em pacientes adultos hospitalizados, traqueostomizados e com Glasgow, trouxe benefícios significativos em relação ao tempo reduzido de reabilitação. (LITCHMAN S. W., BIRNBAUM I. L., SANFILIPPO M. R., 1995).

A válvula de fonação também é considerada um recurso utilizado durante a avaliação e reabilitação do paciente traqueostomizado, propiciando o dire-

cionamento do fluxo de ar para a região glótica e supra glótica da laringe e restaurando a pressão fisiológica de todo o sistema, repercutindo de maneira positiva na deglutição. (ANDRADE & LIMONGI, 2012).

Os principais benefícios alcançados são estabelecidos da comunicação oral e manutenção da fala sem esforço, eliminação da necessidade de oclusão digital da cânula de traqueostomia para falar, permitindo que o paciente use as mãos e fale ao mesmo tempo, diminuição da incidência de infecções causadas pela oclusão digital, maior higiene, melhora na qualidade de vida do paciente tornando – o mais motivado durante o processo de reabilitação, facilitação do desmame ventilatório além de ser usada no processo de decanulação, ou seja, como alternativa para pacientes que não toleram que a cânula de



traqueostomia seja ocluída por razões fisiológicas ou emocionais. No tocante à deglutição, o uso da válvula de fala promove a restauração da pressão positiva subglótica, reduzindo a aspiração traqueal. Conseqüentemente, a válvula de fala resulta em um padrão respiratório mais próximo do fisiológico por meio da expiração feita através de vias aéreas superiores, além de outros benefícios fisiológicos descritos na literatura, como aumento da SpO₂ e aumento no sentido do olfato. Permite também a limpeza das vias aéreas por meio do reflexo de tosse, promovendo um manejo eficaz das secreções pulmonares. Do mesmo modo, a passagem do ar expirado pelas vias aéreas superiores promove a melhora na sensibilidade laríngea e faríngea, diminuindo a possibilidade de ocorrência de aspiração traqueal e de pneumonias aspirativas.

Dessa maneira, o número de aspirações necessárias feitas por profissionais de saúde tende a diminuir, uma vez que há melhora da proteção de vias aéreas. Tal fato reduz possíveis traumas da mucosa traqueal.

Quanto aos aspectos respiratórios, é necessário ressaltar os fatores que potencializam a disfunção da deglutição e as alterações na produção vocal, como o uso de intubação orotraqueal e de ventilação mecânica prolongada, assim como parâmetros relacionados com o tipo de cânula e o uso do cuff. Nos casos de pacientes em uso de cuff insuflado, deve – se considerar o trabalho interdisciplinar, promovendo discussões em equipe para avaliar os riscos e benefícios de desinsuflar o mesmo, para reintegração das funções de deglutição. Já com a manutenção do cuff desinsuflado, verificar a possibilidade de



adaptação de válvula fonatória, para a facilitação das funções de deglutição, respiração e fonação mais próximas a fisiologia. E dessa forma evoluir no processo de decanulação e reabilitação da deglutição (LACCINO & SILVA, 2015).

O uso da válvula de fala também é extremamente importante em relação aos vários benefícios que pode proporcionar no funcionamento de deglutição e de comunicação oral e facilitar o desmame da ventilação mecânica. (LACCINO & SILVA, 2015).

O presente estudo foi uma pesquisa de baixo custo financeiro, porém poderá trazer conhecimentos acerca do impacto do uso da válvula de fala na deglutição e no processo de decanulação.

A limitação do estudo está correlacionada ao número de pacientes que foram submetidos

ao uso de válvula de fala no período preestabelecido para a coleta dos dados para serem apresentados neste estudo.

CONCLUSÃO

Ao concluir o estudo, foi possível detectar que os critérios observados em sua maioria foram ao encontro com os critérios descritos na literatura. Diante dos achados desse presente estudo e dos aspectos encontrados e discutidos na literatura, observou-se que o uso da válvula de fala além de facilitar o processo de fonação e o ajuste do padrão respiratório mais próximo do fisiológico previamente a decanulação, também apresenta uma importância na deglutição e uma diminuição no tempo de decanulação.

REFERÊNCIAS



FURKIM A. M. & RODRIGUES K. A. Válvula de fala Passy-Muir. Disfagias nas unidades de terapia intensiva. 1. Ed. São Paulo: Roca, 2014.

MASON M., WATKINS C. Communication for the tracheostomized and ventilator patient utilizing the Passy-Muir valve. Paper presented at Technology and Persons With Disabilities conference. 1992a: 18-21.

PASSY V. Passy-Muir tracheostomy speaking valve. Otolaryngology Head Neck Surg 1986; 95 (2): 247-8.

FREY J.A., WOODS. Weaning from mechanical ventilation augmented by the Passy-Muir Speaking Valve. Paper presented at: international conference of the American Thoracic Society 1991: 12 – 15.

LITCHMANS W., BIRNBAUM I. L., SANFILIPPO M. R., et. al. Effect of a tracheostomy- speaking valve on secretions, arterial oxygenation, and olfaction: a quantitative evaluation. J Speech Hear Res 1995; 38(3): 549-55.

GARCIA FINOTTI. Influência da válvula de fala no desmame da ventilação mecânica e no tempo de traqueostomia: Uma revisão da literatura. Ribeirão Preto, 2017.

ELPERN. E. H., BORKGREN OKONEK M., BACON M., GERSTUNG C., SKRZYNSKI

M. Effect off the Passy-Muir tracheostomy speaking valve on pulmonary aspiration in adults. Heart Lung 2000; 29: 287 – 293.

PASSY, V., BAYDUR, A.,



PRENTICE, W.,M., & DARNELL – NEAL, R. Passy-Muir tracheostomy Speaking valve on ventilador dependent patients. Laryngoscope 1993;103: 653-658.

ANDRADE & LIMONGI. Disfagia prática baseada em evidências. Ed. Sarvier,São Paulo, 2012.

LACCINO & SILVA – Atuação Fonoaudiológica em pacientes disfágicos em uso de ventilação mecânica invasiva no homecare. Goiás, 2015.

SANTANA et al. Critérios para avaliação clínica fonoaudiológica do paciente traqueostomizado no leito hospitalar e internamento domiciliar. Revista Cefac. 2014 março- abril; 16(2):524-536.



A IMPORTÂNCIA DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DE SAÚDE EM ÁREAS INDÍGENAS

THE IMPORTANCE OF MULTIDISCIPLINARY HEALTH TEAMS IN INDIGENOUS AREAS

Pedro da Silva Rodrigues Filho¹

Resumo: INTRODUÇÃO: a importância das equipes multidisciplinares de saúde em áreas indígenas, pode ser compreendida como um grande avanço nos que diz respeito as melhorias em saúde pública, mantidas pelo Ministério da Saúde principalmente após a implementação Lei Auroca ao SUS. OBJETIVO: Abordar a importância das equipes multidisciplinares em saúde indígena.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo utilizando os métodos da Revisão Integrativa da Literatura onde foram utilizados artigos científicos das bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Houve um grande progresso nos atendimentos prestados pelo SUS nas

1 Mestrando em Saúde Coletiva pela ACU – Absolute Christian University, Especialista em Docência do Ensino Superior-FAMAP, Saúde Indígena-FAMAP, Saúde Pública com Ênfase em Estratégia Saúde Da Família-FAMAP, Odontologia Para Pacientes Com Necessidades Especiais-UniBF, Saúde Mental e Gerontologia-Faculdade Futura, TEA- Transtorno do Espectro Autismo-Faculdade Futura, Tutoria em educação EAD-Faculdade Futura, Gestão Pública-FOCUS, Cursando MBA-Em Gestão Pública em Saúde-EDUCAMINAS, Especialização em Ortodontia-FaSerra. Graduação em Odontologia-UNINORTE



comunidades indígenas nos últimos anos. Mas o maior problema enfrentado pelas equipes de saúde: são a falta de equipamentos necessários para a execução de um tratamento adequado, deficiência de recursos humanos, além da questão demográfica, onde muitas aldeias são de difíceis acesso para as equipes de saúde.

Palavras-chave: Saúde em População Indígena, Cirurgião-dentista, Políticas Públicas, Censos Inquéritos Demográficos

Abstract: Introduction: The importance of multidisciplinary health teams in indigenous areas can be understood as a major advance in the actions of public health, maintained by the Ministry of Health, mainly after the implementation of the Auroca Law to SUS. Objective: To address the importance of multi-

disciplinary teams in indigenous health. Methodology: This is a descriptive method of using revision methods. Literature Latin American Literature in Health Sciences (LILACS). FINAL CONSIDERATIONS: There has been great progress in the care provided by SUS to indigenous communities in recent years. But the biggest problem faced by the health teams is the lack of equipment needed to carry out adequate treatment, shortage of human resources, in addition to the demographic issue, where many villages are difficult to access for health teams.

Keywords: Health in Indigenous Population, Surgeon - dentist, Public Policies, Demographic Survey

INTRODUÇÃO



No Brasil, foi implementado no ano de 1999 o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena ao Sistema Único de Saúde (SASI/SUS), que está composto e aparelhado através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que tem a função de oferecer atenção básica de saúde aos povos indígenas. Em 2002 foi estabelecido a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), e considera a importância da medicina tradicional para essa população (GOMES et al., 2017).

As remotas regiões onde localiza-se as maiores dificuldades de acesso da Política Nacional de Saúde, estão as comunidades ribeirinhas e as aldeias indígenas, a Saúde Bucal vem ampliando seu ingresso através de atendimentos móvel e/ou fluvial, mais essa estratégia não abrange todas as comunidades,

devidos a fatores naturais, como por exemplo: nem todos os rios são navegáveis durante todo o ano, deixando algumas comunidades sem qualquer serviço de saúde, tornando-se esses indivíduos mais vulneráveis a diversas doenças inclusive as que acomete a cavidade bucal (AMARAL et al., 2017).

Existem atualmente no Brasil por volta de 900 mil indígenas distribuídos em 304 etnias, que falam 278 línguas distintas, desse total 780 mil moram em 5.560 aldeias espalhadas em todo território nacional, desse total segundo o Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena -SIASI, divulgado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI, houve um registro de atendimentos 738.624 indígenas difundidos em 5.361 aldeias no Brasil. (BRASIL, 2016).

Podemos classificar essa



população em números de habitantes em 2.271 aldeias indígenas das quais 42,4 % dessas existem em média 50 indígenas nessas aldeias, 2.251 aldeias catalogadas 42 % possuem por volta de 50 a 200 indivíduos, 593 dessas aldeias 11,1% existem de 200 a 500 indígenas, 169 aldeias 3,2 % estão entre 500 a 1.000 pessoas e apenas 77 aldeias 1,4 % mais uma quantidade superior à 1.000 indivíduos (BRASIL. 2016).

Segundo a recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) através da 4ª edição de seu Manual de Instruções para Levantamentos Básicos em Saúde Bucal, no qual utiliza-se atualmente para obtenção desses dados, é realizado por meio de exames clínicos, na exposição de luz natural, este protocolo inclui áreas indígenas, esse classificação pode sofrer algumas adaptações durante sua coleta, e são

realizadas pelos dentistas dos Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e avaliam as condições de saúde bucal dos povos indígenas por faixa etária. (BRASIL,2018)

Segundo (SANTOS et al., 2018), onde avaliou as questões políticas administrativas do Conselho Local de Saúde Indígena realizando nos anos de 2016 e 2017 no Pólo Base de Saúde Indígena de Juína-MT, destacou a participação efetiva da comunidade sobre os trabalhos desenvolvidos pelas equipes multidisciplinares de saúde naquela área.

A importância das equipes de saúde é fundamental para que o Ministério da Saúde alcance suas metas de prevenção e promoção de saúde, além de identificar as necessidades que assolam essas áreas para uma intervenção positiva nos órgãos competentes.

O objetivo deste traba-



lho é citar as políticas públicas fundamentadas nas diretrizes da política nacional de saúde e atenção à saúde indígena, descrever os trabalhos realizados pelas equipes de saúde bucal nas aldeias e analisar os desafios para a melhoria no serviço de atenção primária nas comunidades indígenas.

REFERENCIAL TEÓRICO

Existe uma grande heterogeneidade entre os povos indígenas brasileiros, agrupada nas mais remotas condições de vida e de saúde, por essa razão há necessidade de traçar o perfil epidemiológicos e de programas de saúde pública voltadas para cada necessidade de cada área coberta pelos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas brasileiros (BRASIL, 2018).

Segundo MORAES,

2018), o Distrito Sanitário Especial indígena (DSEI) do estado do Mato Grosso do Sul abrange o maior percentual da população indígenas do Brasil em 12 etnias distintas, com 77 aldeias e 20.152 famílias, os atendimentos são realizados por 15 Pólos bases e três Casa de Saúde Indígena (CASAI).

É importante que aconteçam inquéritos e pesquisas sobre a situação de saúde indígena, até o ano de 2017, pode-se afirmar uma enorme variedade de resultados dos levantamentos epidemiológicos de saúde bucal dos povos indígenas, por conta das diferença sociocultural e promoção dos serviços de atenção básica em saúde, porém esses dados não incluem as populações indígenas que vivem em terras indígenas totalmente isoladas (BRASIL, 2018)

Para que se possa obter



dados verdadeiros onde incluem os indígenas que ocupam as grandes áreas indígenas em todo território brasileiro, é necessário haja um estudo aprofundado e específico, que utilize diversos métodos e possa alcançar toda essa população, juntamente com os Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), (BRASIL, 2018)

A finalidade da realização dos inquéritos frequentes introduzida a Política de Saúde Indígena, servem para traçar metas de vigilância em saúde com o objetivo de constatar as disposições, arquitetar e analisar os serviços de saúde, o Ministério da saúde, na publicação da portaria nº 1.317, de 3 de agosto de 2017, do Ministério da Saúde , estabelece o registro das informações respectivas aos 72 estabelecimentos públicos que realizam ações de atenção à saúde para populações indígenas no Sistema

do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), (BRASIL, 2017).

Esse grande avanço nos atendimentos de saúde ao povo indígena se deu graças à Lei nº 8.080/90, resguardando e garantindo o direito de acesso aos serviços de saúde baixa, média e alta complexidade através da Lei nº 9.836 de setembro de 1999: o SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, ‘sem discriminações’ e que ‘as populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados’, de acordo com suas necessidades, compre-



endendo a atenção primária, secundária e terciária . (BRASIL, 1999).

Durante os anos de, 2000 e 2010 os indígenas foram incluídos nos censos nacionais no qual houve maior abrangência da população indígena em 2010 seus resultados, no qual pode-se compreender as particularidades dessa população, contudo houve um aumento significativo dos povos indígenas em áreas urbanas, porém as maiores quantidades dos povos indígenas estão localizadas em áreas rurais (BASTOS et al., 2017).

Segundo o Ministério da saúde através da Portaria GM nº. 1.801, de 9 de novembro de 2015, determina as atribuições dos Pólo Base, onde é subdivisões dos DSEI aonde se localiza as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, sua organização administrativa e local onde

são realizados os atendimentos a população indígena, onde inicialmente os atendimentos são realizados pelos agentes indígenas de saúde e de saneamento que atuam diretamente dentro das aldeias (BRASIL, 2015).

Podendo sua sede ser localizada dentro de uma aldeia indígena ou em uma área urbana próxima, além abrigo e proteção dos indígenas e seus familiares quando referenciado ao atendimento secundários ou terciário de assistência médica do SUS é de responsabilidades das Casa de Saúde Indígena -CASAI (BRASIL, 2015).

Com a Lei nº 9.836/1999 em vigor regulamentou-se a criação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, no qual está organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas/DSEI, na competência de organização e atendimento das



áreas indígenas de sua abrangência e estão vinculados diretamente ao Ministério da Saúde (LIMA et al., 2018).

Apesar das dificuldades de acesso as aldeias nas regiões Norte e centro-oeste por sua densidade demográfica, o serviço odontológico nessas aldeias são realizados através das Unidade Básicas de Saúde - UBS montadas em pólos base, onde se encontram as equipes de saúde bucal que faz o atendimento odontológico aos indígena, que é instituída Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, agregado ao Sistema Único de Saúde (SUS), no qual é administrado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, levando em consideração a cultura do povo indígena (RODRIGUES, et al., 2018).

Com a implementação do Programa Brasil Sorridente

Indígena em 2011, o Ministério da Saúde investiu na compra de consultórios odontológicos portáteis e instrumentais para melhorar o atendimento de saúde bucal nas 514 equipes realizadas pelos DSEIs, apesar das conquistas ainda enfrentam dificuldades por diferentes fatores principalmente socioeconômicos, ambientais e políticos (RODRIGUES, et al., 2018).

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, várias transformações aconteceram nas políticas públicas direcionadas aos povos indígenas no Brasil, criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e após o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) permitiram a prática de obras e programas de saúde em terras indígenas, no qual tem se tornado uma grande desafio para que o SUS se consolidasse em seus princípios, nas adapta-



ções necessárias para os avanços políticos e sociais. (LEMOS et al., 2018).

O Ministério da Saúde em 2011 remodelou o modelo assistencial de atenção básica de saúde bucal indígena, através de prevenção e promoção de doenças bucais, na recuperação e no diagnóstico dessas manifestações bucais, por meio da epidemiologia e conhecimentos das áreas indígena, além de acompanhamento dos possíveis conflitos das ações por parte das equipes de saúde bucal, (LEMOS et al., 2018).

Não podemos deixar de falar sobre a Lei nº. 9.836/1999 ou Lei Arouca, que foi acrescida à Lei no 8.080/1990, no qual institui na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS) a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e estabelece um acolhimento individualizado aos indígenas,

levando em consideração suas características culturais, socio-demográficas, epidemiológicas de cada área atendida (BRASIL, 1999).

Pode-se observar que após a criação desse Subsistema específico para a atenção básica da saúde indígena houve uma significativa melhoria nos atendimentos as comunidade indígenas de todo o território nacional.

Como podemos avaliar na visão do Ministério da Saúde que existe uma evolução na assistência de saúde aos indígenas no Brasil, mas ainda tem muito a fazer, esse sucesso deve-se ao empenho da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), podemos citar um aumento em 28 % de indígenas atendidos nas aldeias em relação os atendimentos registrados em 2016, em média 3,8 milhões de consultas registradas em 2017 (BRASIL, 2018).



Essa ampliação nos atendimentos dos povos indígenas deve-se ao interesse das equipes multidisciplinares de saúde, que fazem consultas pré-natais, visitas em residência dos indígenas nas aldeias, agem no combate à malária, desnutrição infantil, e fazem cobertura vacinal nessas áreas alcançam 80,6% em crianças menores de 5 anos (BRASIL, 2018).

Contudo o papel de cada profissional de saúde que integram as equipes multidisciplinares nessas áreas, que inclui os indígenas da própria comunidade denominados Agentes de Saúde indígena (AIS) e em algumas comunidades o Agente Indígena de Saneamento (AISAN) é muito importante, além de prestar os atendimentos básicos de saúde a essa população, fazem a parte de orientação preventiva através de palestras que abordam temas

importantes como a prevenção de carie dental, saneamento, alcoolismo, desnutrição, suicídios entre outros, que fazem parte do cotidiano das comunidades indígenas (BRASIL, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde, a participação mais efetiva dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) resultaram em um considerável redução da mortalidade infantil segundo nos anos de 2016 e 2017 esse percentual passou de 33,26% para 29,53% para cada 100 nascidos, esse avanço deve-se as ações e programas de saúde, ressaltando o de saneamento básico realizado em algumas aldeias, que vem diminuindo os casos de enfermidades originadas por água contaminadas, como exemplos as doenças diarreicas agudas (DDA), que são uma das principais causas de mortalidade infantil registradas. (BRASIL.



2018).

Para alcançar que ocorra uma redução dos casos de contaminação por falta de saneamento básico, notificados pelas equipes de saúde, houve uma preocupação do Ministério da Saúde em fazer a prevenção desses casos. A Secretaria de Saúde Indígena investe na construção sistemas de fornecimento de água nas aldeias indígenas elevando fornecendo e abastecimento de água apropriada para o consumo de 32,5% em 2016 para 60,37% em 2017, esse trabalho resultou na diminuição da mortalidade infantil nas áreas indígenas além da diminuição de doenças causadas por ingestão de águas contaminadas (BRASIL. 2018).

Para simplificar o trabalho desenvolvimento pelas equipes multidisciplinares dentro das aldeias houve a ideia levar o recurso onde se há mais neces-

sidade segundo a comunidade.

Conforme o Ministério da Saúde, através da Secretaria Especial de Saúde Indígena lançou como forma de prevenção Unidade de Gestão de Integralidade, Riscos e Controles Internos (UIRC), um dado importante a ser abordado é a descentralização de verbas para os DSEIs no qual vem sendo investido na melhoria da educação e serviços essenciais, como também na capacitação do de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) que atua, nas comunidades indígenas. (BRASIL. 2018).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo que utilizou métodos de Revisão Integrativa da Literatura que versam em estabelecer resumidamente as mais recentes



pesquisas relacionadas ao tema, bem como munir menções complementado em envoltio da literatura indulgente em uma área. A crítica das exposições tem a capacidade fornecer um ato histórica de opiniões acadêmicas por proporcionar uma visão diferenciada, forma e orientação (VOSGERAU et al., 2014).

Critério para inclusão:
Partiram dos aproveitamentos de artigos científicos de revistas organizados acessíveis nas bases de online como Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS). Utilizando os descritores “Saúde pública”; “Povos indígenas”, “Saúde Bucal”, “Assistência a Saúde”.

Critério de Exclusão:
Foram selecionados artigos científicos de revista indexada disponíveis em texto completo PDF,

em língua portuguesa publicados no período de 2016 a 2018.

Foram excluídos artigos científicos em língua estrangeiras, artigos que não estejam disponíveis em texto completo, dissertação de mestrado e teses.

Os artigos selecionados foram submetidos a uma leitura rigorosa do texto completo e fichados para identificar os assuntos relacionados, as políticas públicas, saúde indígenas, Cárie dentária; Epi-demiologia; População indígena analisando os artigos científicos de acordo com os seguintes aspectos: título, autor, ano, procedência/periódico, principais resultados e conclusões.

Com a organização dos dados foi possível analisar e identificar os principais resultados dos artigos selecionados e com isso descrever como estão sendo as principais conquistas de saúde dos povos indígenas. A análise se



deu através da triangulação dos dados coletados, com a análise crítica do autor da pesquisa confrontados com a literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em análise aos artigos selecionados, pode-se observar uma grande melhora nos atendimentos multidisciplinares saúde indígena em todo País, com a implantação de saneamento básico nas aldeias e diversos programas do Governo Federal em relação a saúde bucal da população indígena. O contato com os não índios teve uma mudança na dieta dos índios, onde foram introduzidos na alimentação um consumo de alimentos ricos em sacarose, carboidratos os hipercalóricos que influenciam o desenvolvimento de doenças cariogênicas e sistêmicas como diabetes, hi-

pertensão e cardíacas, essas comunidades não tem uma efetiva cobertura de saúde, muitos dos quais nunca foram atendidos por médicos ou odontólogos (MAIA et al.,2016).

Ao analisarmos algumas regiões onde há uma grande concentração dos povos indígenas, podemos citar os estudos de (OLIVEIRA et al., 2018), onde teve como sua pesquisa o Estado de Roraima, destacou o apoio dos hospitais para atendimento de pacientes referenciados de áreas indígenas no Estado, garantindo sua assistência adequada, quando contra referenciados da Casa de Apoio à Saúde do índio, porém há grandes desafios, dos quais aborda-se as limitações de recursos, a questões linguísticas entre profissional e paciente.

Essas deficiências nos atendimentos foram analisadas também em aldeias no Pará,



onde o um levantamento epidemiológico identificou que a Casa de Saúde do Índio (CASAI) não dispõe de material e equipamentos necessários para resolutividade de todos atendimentos e procedimentos odontológicos que existentes nas comunidades. Foram identificados pacientes com necessidades especiais que não teve seu problema solucionada e tiveram que ser encaminhados para tratamento especializado em policlínicas Odontológicas e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de referências do SUS (DIAS et al., 2018).

Já no Estado do Amazonas, observou-se que não há uma solução total dos problemas de saúde em área indígena. Como no Pólo-base Kwata, Terra indígena Kwata Laranjal no município de Borba, onde existem inúmeras barreiras para realizar a atendimento aos povos indígenas

pelos equipes multidisciplinares de saúde, respeitando sempre as práticas culturais, hábitos e costumes de cada etnia (FURTADO et al., 2016).

Com relação a condições nutricionais infantil (SANTOS et al., 2018) observou em seu estudo realizado em Pataxó, Minas Gerais o declínio do alto índice de mortalidade infantil, através de acompanhamento pré-natal regular, saneamento básico a imunização vacinal nas crianças de 0 a 5 anos, além do acompanhamento nutricional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desse estudo foi possível ratificar as grandes dificuldades de acesso a saúde nas comunidades indígenas, que apesar dos grandes avanços conquistados nos últimos anos pela comunidade indígena em todo país,



ainda há um grande descaso por parte dos governantes, em levar saúde. Essas localidades exigem um esforço e boa vontade de toda equipe de saúde, além da aceitação do profissional de saúde pelos indígenas para desempenhar seu papel dentro da comunidade.

Verificamos que o Ministério da Saúde promove várias ações de combate aos temas inerentes da comunidade indígenas, como a prevenção de câncer de mama, câncer de colo do útero, a saúde do idoso, mortalidade infantil, suicídios, o preocupante crescimento do alcoolismo e drogas nas aldeias, saúde bucal, saúde da mulher entre outros.

Os profissionais executam além trabalho curativo e preventivo, os de formação e capacitação de indígenas para atuarem dentro das próprias comunidades e ajudam as equipes de saúde a compreenderem da me-

lhor forma, sua língua seus hábitos e costumes para em conjunto alcancem êxito nos serviços de saúde.

Dessa forma podemos entender o papel fundamental dessas equipes multidisciplinares nas mudanças de hábitos como exemplos: o saneamento básico introduzido nas comunidades indígenas vem diminuindo consideravelmente doenças causadas por água contaminadas e a mortalidade infantil. Porém há muito a ser feito para melhoria da saúde bucal principalmente nas comunidades de difícil acesso, que estão localizadas especialmente na Região Norte do País.

Em relação a saúde bucal desses povos, a grande dificuldade são os equipamentos necessários para o um melhor desempenho das equipes que são concentrados nos pólo base, e a maioria dos indígenas não tem



acesso, os cirurgiões-dentistas, exercem mais uma função preventiva nas aldeias, esses procedimentos não difere dos atendimentos oferecidos para outras populações ribeirinhas não indígenas.

Assim completar que a saúde bucal ainda é um problema de saúde pública, no qual precisa ser melhorado em todos os aspectos, como aumentar o número de profissionais, as parcerias com os governos estaduais municipais e Organizações Não Governamentais, fazer convênios com faculdade de Odontologia que possam prestar atendimento através de programas de extensão e/ou de igrejas que desempenham um trabalho social.

REFERÊNCIAS

GOMES, S. C., ESPERIDIÃO, M. A. Acesso dos usuários in-

dígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. Cad. Saúde Pública 2017; 33(5): e00132215. 2017.

AMARAL, R. C; CARVALHO, D. A; BRIAN, A; SA-KAI, G. P. A Relação entre a Saúde Bucal e a Cá-rie Dentária em oito Comunidades Ribeirinhas - Pará, Brasil. Rev. Bras. Odontol. Rio de Janeiro, v. 74, n. 1, p. 18-22, jan./mar. 2017.

BRASIL. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena SIASI. (Indígena S de I da A à S, ed.). Brasília: Secretaria Especial de Saúde Indígena, Ministério da Saúde; 2016.

OMS. Manual de Instruções Para Levantamentos Básicos Em Saúde Bucal. 4a. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1997. Disponível em: <http://www.uni->



versidadesaudavel.com.br/wp-content/uploads/2018/03/Manual-OMS_4a-ed.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Inquérito Nacional Da Saúde Bucal dos Povos Indígenas, 2018.<http://portal-arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/24/Projeto-Tecnico-Inquerito-Nacional-da-Saude-Bucal-Indigena-consulta-publica-28-08-2017.pdf>.

SANTOS, W., ANDRADE, M. O Conselho Local De Saúde Indígena Do Pólo Base De Juína E Sua Atuação No Decorrer De 2016 A 2017, Envolvendo Sua Participação Nas Ações De Edu-

cação Em Saúde Realizadas Pela Equipe Multidisciplinar De Saúde Indígena. RCC, Juara/MT/Brasil, v. 3, n. 1, p. 79-93, jul./dez. 2018.

MORAES, J.T., O Subsistema De Atenção À Saúde Indígena E Sua Efetivação No Estado De Mato Grosso Sul: Análise No Funcionamento, Ações E Serviços. Revista Juris UniToledo, Araçatuba, SP, v. 03, n. 04, p.191-203, out./dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. PORTARIA Nº 1.317, DE 3 DE AGOSTO DE 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt1317_08_08_2017.html.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção,



proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

BRASIL. Lei nº 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília-DF, 28 de dezembro de 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm

BASTOS. J.L.; SANTOS, R. V; CRUZ, O.G; LONGO, L.A.F.B; SILVA.L.O. Características sociodemográficas de indígenas nos censos brasileiros de 2000 e 2010: uma abordagem comparativa. Cad. Saúde Pública 2017; 33

Sup 1:e00085516. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.801/GM de 9 de novembro de 2015, que define os Subtipos de Estabelecimentos de Saúde Indígena e estabelece as diretrizes para elaboração de seus projetos arquitetônicos, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS). Seção 1. Diário Oficial da União (DOU) de 10 de Novembro de 2015. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1801_09_11_2015.html

LIMA, J.A.M; BETHONICO. M.B.M; VITAL, M.J.S. Água E Doenças Relacionadas À Água Em Co-munidades Da Bacia Hidrográfica Do Rio Urari-coera –Terra Indígena Yanomami –Roraima. Hygeia 14 (27): 136 - 154, Março/2018.



RODRIGUES, I.R; GARBIN, C.A.S; MOIMAZ, S.A.S; SALIBA, N.A. Análise Documental Dos Ser-viços De Saúde Bucal Ofertados À População Indígena No Brasil. Revista Ciência Plural. 2018; 4(1):7-21. 2018.

LEMONS, P.N; RODRIGUES, D.A; FRAZÃO, P; HIROOKA, L.B; GUIFILINI, A. C; NARVAI, P.C. Atenção à saúde bucal no Parque Indígena do Xingu, Brasil, no período de 2004-2013: um olhar a partir de indicadores de avaliação. Cad. Saúde Pública 2018; 34(4):e00079317. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. subchefia para Assuntos Jurídicos. LEI Nº 9.836, 23 de setembro de 1999, Brasília- DF.

BRASIL. Sistema de Informação Da Atenção À Saúde Indígena

SIASI . (Indígena S de I da A à S, ed.). Brasília: Secretaria Especial de Saúde Indígena, Ministério da Saúde; 2016. Disponível em : <http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena/gestao/siasi>

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI, 2018. Disponível em : <http://portalms.saude.gov.br/noticias/sesai/43040-sesai-registra-avancos-importantes-na-saude-da-populacao-indigena>

VOSGERAU, D.S. A. R; ROMANOWSKI, J.P. Estudos de Revisões: Implicações conceituais e Metodológicas. Rev. Diálogo Educ., Curitiba, V. 14, n. 41, p.165-189, jan. abr. 2014.

MAIA. B. N. B; SILVA.T.A; COLAÇO, M.N; JÚNIOR.A. F. C. Projeto Tembé: Ações de Saúde Bucal em Seis Aldeias Indígenas



de Tomé-açu, Pará. Revista de Saúde -UNG-SER, v. 10, n.3-4, 2016.

OLIVEIRA, E.M., MELO, E.C., CRUZ, G.S., OLIVEIRA, L.M.D. Gestão De Políticas De Saúde: O Caso Da Política De Saúde Indígena Em Roraima. Revista da Universidade Vale do Rio Verde | v. 16 | n. 2 | ago./dez. 2018 | p. 1.

DIAS, J. H.O; JÚNIOR, A. F.C; VASCONCELOS.A.S; SOARES, I.P. Saúde bucal indígena com abordagem educativa, preventiva e interventiva na CASA - Icoaraci, Pará, Brasil: Relato de experiência. REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde, Vol.10(4), 1917-1924, 2018.

FURTADO, B.A., NETO, D. L., SCOPEL, D., SCOPEL, R. P.D. Percepção De Indígenas

Munduruku E Equipe Multidisciplinar De Saúde Indígena Sobre Resolutividade Na Atenção À Saúde. Enferm. Foco 2016; 7 (3/4): 71-



A EFICÁCIA DA LIBERAÇÃO MIOFASCIAL NA REGIÃO CERVICAL PARA ALÍVIO DA CEFALEIA TENSIONAL

THE EFFECTIVENESS OF MYOFASCIAL RELEASE IN THE CERVICAL REGION FOR TENSION HEAD- ACHE RELIEF

Ana Paula Nunes Christofoletti ¹

Resumo: A liberação miofascial é uma investida manual aplicada na face corporal para tratamento do sistema facial. A liberação miofascial restabelece a flexibilidade e elasticidade da fásia, tendo, assim, ampla habilidade de alterar a amplitude de movimento corporal e dissolver as restrições dos tecidos fásiais. O sedentarismo e as posições que provocam dor podem gradualmente provocar restrições e encurtamentos fásiais e muscula-

res. Este estudo tem por objetivo identificar a eficácia da liberação miofascial na região cervical para alívio da cefaleia tensional. Este estudo caracteriza-se como pesquisa bibliográfica de caráter descritiva qualitativo, onde o pesquisador é quem descreve o objeto de pesquisa, assumindo o papel de observador e explorador, coletando diretamente os dados no local em que se deram ou surgiram os fenômenos de estudo. Conclui-se que através da uti-

¹ Graduada em Fisioterapia pela FAVENI



lização desta técnica, é possível proporcionar a desativação de pontos gatilhos, promoverem um alinhamento correto da estrutura corporal, minimizar a restrição do movimento e a dor sem causar comprometimento das estruturas miofascial.

Palavras-chaves: Liberação Miofascial, terapia manual, massagem, cervical.

Abstract: Myofascial release is a manual attack applied to the body face to treat the facial system. Myofascial release restores the flexibility and elasticity of the fascia, thus having a broad ability to alter the body's range of motion and dissolve restrictions in the fascial tissues. A sedentary lifestyle and positions that cause pain can gradually cause muscle and fascial restrictions and shortening. This study aims to iden-

tify the effectiveness of myofascial release in the cervical region for tension headache relief. This study is characterized as a bibliographical research of qualitative descriptive character, where the researcher is the one who describes the research object, assuming the role of observer and explorer, directly collecting the data in the place where the study phenomena occurred or appeared. It is concluded that through the use of this technique, it is possible to deactivate trigger points, promote a correct alignment of the body structure, minimize movement restriction and pain without compromising the myofascial structures.

Keywords: Myofascial Release, manual therapy, massage, cervical.

INTRODUÇÃO



A Síndrome Dolorosa Miofascial (SDM) é uma dor dolorosa que acomete os músculos esqueléticos, caracterizados por bandas rígidas e tensas com aumento de consistência e com presença de pontos dolorosos a palpação, identificados como trigger-points ou pontos gatilhos. A maioria dos sintomas relatados são rigidez muscular, redução da amplitude de movimento articular, sensibilidade e diminuição de desempenho (DAVIES; AMBER, 2017).

A manobra miofascial quando usada juntamente com o tratamento convencional torna-se eficaz para fornecer alívio imediato da dor. Entende-se que a restrição fascial em uma região do corpo pode causar estresse indevido em outras regiões do corpo, devido à continuidade fascial (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2018). Isso

pode estar resultando em estresse sobre quaisquer estruturas que estão envolvidas, dividida, ou suportada pela fáscia; Profissionais que fazem massagem terapêutica miofascial alegam que por meio da restauração do comprimento, o tecido conjuntivo e a pressão pode ser aliviados na dor das estruturas como nervos e vasos sanguíneos. Portanto o presente estudo tem por objetivo identificar o efeito de liberação miofascial na dor cervical.

Este estudo tem por objetivo identificar a eficácia da liberação miofascial na região cervical para alívio da cefaleia tensional.

A manobra miofascial quando usada juntamente com o tratamento convencional torna-se eficaz para fornecer alívio imediato da dor. Entende-se que a restrição fascial em uma região do corpo pode causar estresse in-



devido em outras regiões do corpo, devido à continuidade fascial. Isso pode estar resultando em estresse sobre quaisquer estruturas que estão envolvidas, dividida, ou suportada pela fásia. Profissionais que fazem massagem terapêutica miofascial alegam que por meio da restauração do comprimento, o tecido conjuntivo e a pressão pode ser aliviado na dor das estruturas como nervos e vasos sanguíneos.

Este estudo caracteriza-se como pesquisa bibliográfica de caráter descritiva qualitativo, onde o pesquisador descreve o objeto de pesquisa, assumindo o papel de observador e explorador, coletando diretamente os dados no local em que se deram ou surgiram os fenômenos de estudo.

Os dados foram coletados através do levantamento de produções científicas sobre o efeito de liberação miofascial na

dor cervical, produzidos entre os anos, 2006 a 2017. As bases utilizadas para coleta de dados foram Lilacs, Medline, Science Direct, e revistas nacionais e internacionais de artigos.

Necessita-se que se leve em consideração os problemas referentes ao efeito da liberação miofascial na dor cervical, visando o bem-estar do paciente e dos profissionais em geral que ali atuam. Foram usadas as palavras chaves: Em português: Liberação Miofascial, terapia manual, massagem e cervical, em Inglês: Myofascial Release, Therapy, Massage and Cervical Handbook, combinando as quatro palavras na busca, tanto em inglês quanto em Português.

O USO DA TERAPIA MANUAL

Os efeitos mecânicos,



fisiológicos e psicológicos da massagem dão origem aos efeitos terapêuticos. A mão humana é uma das maravilhas da natureza, capaz de imensa destreza e sensibilidade, embora também possua tremenda força e capacidade emocional. A ideia de que a cura pode ser facilitada pelo toque no paciente, que é uma prática antiga e comum de muitas culturas. De fato, este pode ser o motivo pelo qual esta ideia tem ressonância ainda nos nossos dias, mesmo nas sociedades mais avançadas tecnologicamente (DAVIES; AMBER, 2017).

De acordo com Bianchini e Moreira (2015), a massagem é em primeira análise o ato intuitivo de tocar o corpo, sendo um gesto de despertar, acariciar, proteger ou aliviar algum incômodo. Na prática da fisioterapia, a massagem em tecido mole evoluiu para muitos tipos de técnicas

de mobilização manual. O aperfeiçoamento desta técnica requer uma sensibilidade aguçada, no sentido de observar e tocar nos limites acessíveis do corpo, para que este tenha uma resposta produtiva.

Esse diálogo entre mãos e corpo pode ser denominado como a Linguagem do Tato e ao se considerar esta linguagem, deve-se pensar nos movimentos das mãos como uma forma de ler o corpo do massageado e de expressar um estímulo adequado, dosando o ritmo, intensidade e velocidade.

Bianchini e Moreira (2015), refere em seu estudo que, há uma estimulação mecânica quando a massagem é aplicada sobre o tecido conjuntivo que interrompe o círculo vicioso estabelecido pelo reflexo retrógrado: o cutâneo visceral. Segundo este mesmo autor o estímulo



procedente do tecido cutâneo e subcutâneo se dirige pelas vias sensitivas passando pelo gânglio espinhal até a raiz posterior do nervo espinhal, onde através dos neurônios de associação passa à raiz anterior da medula. Por meio desta, passa pelo ramo comunicante branco e gânglio do tronco simpático alcançando o órgão correspondente.

A massagem do tecido conjuntivo (MTC) tem início com realização da palpação de toda área relacionada, para diagnosticar o local a ser tratado. A palpação deverá evidenciar áreas delimitadas, em geral unilateral, deprimidas ou edemaciadas com rigidez ou tensão e ainda falta de mobilidade entre as camadas teciduais, a constatação destes sinais leva a certeza de que há comprometimento do tecido conjuntivo (DAVIES; AMBER, 2017).

Esta técnica segundo este mesmo autor desencadeia além das ações distantes da área a serem tratadas, ações locais como calor, dermografismo elevado, que podem ter origem histamínica.

A redução da dor é um dos efeitos mais importantes da massagem, explicado pelo mecanismo do portal da dor, de Bianchini e Moreira (2015), pois a manipulação estimula os mecanorreceptores que gera impulsos conduzidos por fibras de maior calibre (tipo a), que chega ao corno posterior da medula antes dos estímulos nocivos gerados pelos nociceptores (fibras do tipo c) e bloqueiam as passagens destes estímulos, impedindo assim, os centros superiores de tornarem conhecimento da dor.

Além dessa forma de ação, a massagem faz com que as substâncias químicas liberadas



pela lesão estimulem os nociceptores, sejam removidas através da circulação sanguínea que promove a descompressão nervosa pelo relaxamento e alongamento miofascial e rompe o círculo da dor pela melhora na condição muscular. A manipulação produz analgesia pela liberação e aumentos dos níveis plasmáticos de encefalina e beta-endorfinas (opiáceos endógenos) (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2016).

Para Hou, Tsai e Cheng (2015), o poder da massagem miofascial, deriva em parte do trabalho direto com o tecido conjuntivo, e acentuam a liberação dos pontos gatilhos, de espasmos e da dor.

Os efeitos mecânicos, fisiológicos e psicológicos da massagem dão origem aos efeitos terapêuticos. A mão humana é uma das maravilhas da natureza, capaz de imensa destreza e sen-

sibilidade, embora também possua tremenda força e capacidade emocional. A ideia de que a cura pode ser facilitada pelo toque no paciente, que é uma prática antiga e comum de muitas culturas. De fato, este pode ser o motivo pelo qual esta ideia tem ressonância ainda nos nossos dias, mesmo nas sociedades mais avançadas tecnologicamente (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2016).

De acordo com Hou, Tsai e Cheng (2015), a massagem é em primeira análise o ato intuitivo de tocar o corpo, sendo um gesto de despertar, acariciar, proteger ou aliviar algum incômodo. Na prática da fisioterapia, a massagem em tecido mole evoluiu para muitos tipos de técnicas de mobilização manual. O aperfeiçoamento desta técnica requer uma sensibilidade aguçada, no sentido de observar e tocar nos limites acessíveis do corpo, para



que este tenha uma resposta produtiva.

Esse diálogo entre mãos e corpo pode ser denominado como a Linguagem do Tato e ao se considerar esta linguagem, deve-se pensar nos movimentos das mãos como uma forma de ler o corpo do massageado e de expressar um estímulo adequado, dosando o ritmo, intensidade e velocidade. De forma geral os movimentos lentos têm efeito calmante e os rápidos estimulantes.

Cefaleia

A cefaleia também conhecida como dor de cabeça, é um problema que atinge com frequência a população. Ela pode acontecer isolada ou decorrente de alguma doença, por esse motivo que a procura por médicos é alta. É necessária uma avaliação

completa sobre essa dor de cabeça para chegar ao diagnóstico (HUIJING; LANGEVIN, 2016).

Para saber sobre o diagnóstico é preciso realizar exame físico e neurológico completo para chegar a uma conclusão, se for diagnosticado a dor de cabeça primária, ela não apresenta uma causa específica, podendo ser enxaqueca, cefaleias tensionais, etc. A secundária já apresenta uma causa para a dor, como um tumor ou doenças infecciosas, com isso é necessário ter uma atenção especial, pois é preciso chegar ao diagnóstico diferenciado com mais exames e estudos no caso (HUIJING; LANGEVIN, 2016).

Normalmente a cefaleia aparece com as crises, quando é ingerindo álcool, queijo, problemas visuais, irritação e depressão. As dores de cabeça podem se manifestar da mais leve a crônica, essa dor pode ser latejante,



fraca, ardente e fincada. O diagnóstico da cefaleia é clínico. O tratamento depende muito da situação, às vezes é preciso passar por uma cirurgia, ou tomar analgésicos, mas a acupuntura vem crescendo muito para esse tipo de tratamento, ele é simples e saudável, e só vem trazendo benefícios para os pacientes que procuram a acupuntura para o tratamento. A cefaleia é a dor mais comum na história da humanidade, todo ser humano apresenta essa dor ao longo da vida, estudos confirmam que 70% são mulheres e 60% homens (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2016).

Segundo Bianchini e Moreira (2015, p. 190), as Cefaleias são divididas em primárias e secundárias.

As cefaleias primárias mais comuns são: enxaqueca, Cefaleia do tipo tensional, Cefaleia em

salvas. Outras formas menos comuns de Cefaleia primária incluem a hemicrania contínua, a Cefaleia nova diária e persistente, Cefaleia do esforço, Cefaleia da tosse, Cefaleia por estímulo frio, hemicrania paroxística crônica. Cefaleias secundárias são aquelas causadas por alguma outra doença, tal como tumores cerebrais, traumatismo craniano, meningites, acidente vascular cerebral (derrame), hidrocefalia, e aneurismas.

Seguindo a mesma linha de raciocínio do autor citado anteriormente, existem vários fatores etiológicos para a Cefaleia, são eles: constituição, emoções, excesso de trabalho, atividade sexual excessiva, dieta, acidentes, parto e fatores patogênicos exter-



nos (vento e umidade).

Síndrome Dolorosa miofascial

Nos últimos anos tem se demonstrado um aumento na prevalência da Síndrome Dolorosa miofascial, tendo sido reconhecida como uma das principais causas de dor músculo esquelética. A epidemiologia da SDM segundo Yeng (2008), por vezes é difícil de ser determinada, pois os diagnósticos dependem de achados clínicos, anamnese e identificação dos pontos gatilhos, sendo estes procedimentos dependentes de profissionais treinados (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2016).

A maioria dos estudos apontam para maior prevalência da SDM em mulheres e em indivíduos na faixa etária mais ativa. Estudos realizados por Bianchini e Moreira (2015), demonstraram que a síndrome atinge uma po-

pulação com idade entre 31 a 50 anos.

Estima-se que em torno de 70% a 80% da população mundial, possa a vir a apresentar algum tipo de dor em algum período de sua vida, sendo esta de forma aguda ou crônica. A estimativa de que uma parcela da população mundial a ser diagnosticado com dor crônica musculoesquelética é de 10% a 20% (WALKER, 2016). Em um estudo realizado por Bianchini e Moreira (2015), a dor músculo esquelética é um dos mais importantes problemas de saúde pública enfrentado pelos países ocidentais. Os custos relacionados com aspectos médicos e sociais têm crescido incessantemente nas últimas décadas e atingem atualmente cifras da ordem de bilhões de dólares em vários países.

De acordo com Hou,



Tsai e Cheng (2015), 53% da população americana sofriam com dor muscular, sendo que 33% dos que apresentaram esse problema persistiram com a dor por mais de 11 dias e 10%, por mais de 100 dias.

Estudos conduzidos por Hoving, Vet e Koes (2016), mostrou que 85% dos pacientes que se apresentaram em um centro para tratamento de dor crônica, receberam o diagnóstico primário de dor miofascial.

Para Simons, Travell e Simons (2015), a prevalência variou de 21% dos pacientes encontrados em uma clínica de ortopedia geral e 30% dos pacientes de uma clínica médica geral com dor regional e até prevalências altas como 85 e 93% dos pacientes que se apresentaram em centros especiais de tratamento de dor. Essa variação pode ser devida a diferenças nos métodos de diag-

nósticos e técnicas empregadas.

No Brasil foi realizado por Hou, Tsai e Cheng (2015), um estudo retrospectivo observacional, sendo os dados coletados de 550 pacientes encaminhados consecutivamente para triagem no Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CMD-HCFMUSP) no período de fevereiro a dezembro de 2014. Dos 550 pacientes avaliados, mais que metade tinha dor de origem musculoesquelética (n=285, 51,8%). Os demais pacientes apresentavam dor de origem neuropática (n=213, 38,7%), seguidas pelas dores relacionados ao câncer (n=52, 9,5%). Das dores musculoesqueléticas, a fibromialgia foi a afecção mais frequente (n=123, 43,2%), seguida pela lombalgia (16,5%) e dor miofascial (14,7%).

E de acordo com Bian-



chini e Moreira (2015), cerca de 60% dos pacientes que procuraram o CMD-HCFMUSP apresenta dor decorrente de afecções do aparelho locomotor, especialmente a síndrome dolorosa miofascial.

Dixon (2014), refere em seu estudo que, há uma estimulação mecânica quando a massagem é aplicada sobre o tecido conjuntivo que interrompe o círculo vicioso estabelecido pelo reflexo retrógrado: o cutâneo visceral. Segundo este mesmo autor o estímulo procedente do tecido cutâneo e subcutâneo se dirige pelas vias sensitivas passando pelo gânglio espinal até a raiz posterior do nervo espinal, onde através dos neurônios de associação passa à raiz anterior da medula. Por meio desta, passa pelo ramo comunicante branco e gânglio do tronco simpático alcançando o órgão correspondente.

A MTC tem início com realização da palpação de toda área relacionada, para diagnosticar o local a ser tratado. A palpação deverá evidenciar áreas delimitadas, em geral unilateral, deprimidas ou edemaciadas com rigidez ou tensão e ainda falta de mobilidade entre as camadas teciduais, a constatação destes sinais leva a certeza de que há comprometimento do tecido conjuntivo (HUIJING; LANGEVIN, 2016).

Esta técnica segundo este mesmo autor desencadeia além das ações distantes da área a serem tratadas, ações locais como calor, dermografismo elevado, que podem ter origem histamínica.

Avaliação do comportamento da dor

É imprescindível soli-



citar ao paciente que demonstre cada uma de suas funções em áreas específicas, para relacioná-las a fatores de perpetuação da dor. Para que as funções sejam exercidas de forma adequada, o indivíduo deve ter um bom desempenho biomecânico, o que torna necessário o bom alinhamento articular, amplitude de movimento, força resistência, propriocepção, percepção corporal, nas funções às quais o corpo é submetido. A avaliação baseia-se no resultado obtido das avaliações médicas e a coleta de informações quanto aos locais de dor, escala verbal de dor, frequência, padrão e estruturas envolvidas e as rotinas que envolvem o cotidiano do doente. Após relacionar todas essas informações tornam-se possível traçar um plano de tratamento (HUIJING; LANGEVIN, 2016).

A etiologia de formação

de pontos gatilhos ainda parte do princípio de que a fadiga muscular, com conseqüente encurtamento e deficiência de suprimento de oxigênio e nutrientes, aumentam a demanda metabólica nos tecidos locais, bem como a sobrecarga de um músculo ou grupo específico de fibras musculares devido a hábitos posturais inadequados causando micro trauma, contração estática sustentada, estresses emocionais, repetição de movimentos, ou quando se sofre um acidente ocasionando um macro trauma, parece estar envolvidos com sua origem (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2016).

Os fatores desencadeantes da SDM estão correlacionados com fatores biomecânicos de sobrecargas ou micro traumas gerados por ações repetitivas de estruturas musculoesquelética, durante a execução de atividades diárias ou do trabalho. Para Di-



xon (2014), resultam em fadiga muscular, com consequente encurtamento e deficiência de suprimento de oxigênio e nutrientes que aumentam a demanda metabólica nos tecidos locais, bem como a sobrecarga de um músculo ou grupo específico de fibras musculares devido a hábitos posturais inadequados. Em acidentes automobilísticos, o efeito chicote (acontecimento mais comum nestes casos de acidentes) com comprometimento da região cervical ou lombar correspondem aos macro traumas, sendo estes uma das causas mais frequentes da SDM.

De acordo com Hou, Tsai e Cheng (2015), perturbações internas do organismo como infecções, estados febris, dores profundas, distúrbios hormonais, distúrbios esqueléticos, estresse psicológico, baixo condicionamento físico e distúrbios do sono podem favorecer o aparecimento

de pontos gatilhos.

Liberação cervical

A liberação cervical trata-se de uma técnica excelente para aliviar restrições fasciais através das áreas cervical e torácica superior. Depois que se executa a liberação, as técnicas de energia muscular, a manipulação e mobilização articular podem ser feitas com maior facilitação, aceitação e eficácia (HUIJING; LANGEVIN, 2016).

Vários artigos foram encontrados, comentado e pesquisado sobre uma série de técnicas e métodos de tratamento que podem ser utilizados para efeito de liberação miofascial na dor cervical. A revisão de literatura proposta visou encontrar entre as técnicas de terapia manual, qual tivesse os melhores resultados para tratamento da liberação



miofascial na dor cervical (HUI-JING; LANGEVIN, 2016).

Atividade física inadequada, ou a falta dela, tensão, estresse emocional, vícios de postura e de movimento, esforços repetitivos e excessivos, e até mesmo deficiências nutricionais estão na sua origem. O tratamento desta síndrome consiste em terapias de alívio como a ponto gatilho. As terapias de alívio podem diminuir os sintomas agudos podem envolver emprego de fármacos, bem como a infiltração nos pontos-gatilhos com anestésicos locais. As terapias coadjuvantes não-farmacológicas são indispensáveis no tratamento de longo prazo, com efeito à reabilitação e à reeducação postural do paciente (PEREZ, 2015).

Um estudo realizado aponta que a terapia manual reduz a intensidade, a frequência e duração da dor para a síndrome

dolorosa miofascial (SDM). Segundo Dixon (2014), a medicina tradicional chinesa (MTC) tem resultados eficientes no tratamento da SDM. Hou, Tsai e Cheng (2015), a utilização de laser de baixa intensidade, aplicados no tratamento de pontos gatilhos, foi extremamente eficaz, capaz de reduzir o uso dos analgésicos e proporcionando um alívio imediato dos sintomas. A técnica de ponto gatilho desencadeia além das ações distantes da área a serem tratadas, ações locais como calor, dermografismo elevado, que podem ter origem histamínica (WALKER, 2016).

De acordo com Rocha (2015), a redução da dor é um dos efeitos mais importantes da massagem, explicado pelo mecanismo do portal da dor, pois a manipulação estimula os mecanorreceptores que gera impulsos conduzidos por fibras de maior



calibre (tipo a), que chega ao corno posterior da medula antes dos estímulos nocivos gerados pelos nociceptores (fibras do tipo c) e bloqueiam as passagens destes estímulos, impedindo assim, os centros superiores de tornarem conhecimento da dor.

O poder da massagem miofascial deriva em parte do trabalho direto com o tecido conjuntivo, e acentuam a liberação dos pontos gatilhos, de espasmos e da dor, recuperando a ADM. A desativação dos pontos gatilhos promove um alinhamento correto da estrutura corporal, minimiza a restrição do movimento e a dor sem causar comprometimento das estruturas miofascial (PEREZ, 2015).

Concluindo, a dor miofascial foi estimada uma condição prevalente. Apesar de uma variedade de comumente prescritos tratamentos, a moderado ava-

liações da eficácia e as caracterizações frequente dos tratamentos disponíveis como insuficiente sugerem uma necessidade urgente de pesquisas clínicas para estabelecer diretrizes baseadas em evidências para o tratamento de síndrome da dor miofascial.

Modificações Posturais, mecânicas e ergonômicas, embora a pratica padrão clínica incluía esforços para corrigir as anomalias posturais e ergonômicas, são pouco os dados diretos para suportar esta aproximação para tratar a dor miofascial. Um estudo, combinou o treinamento postural e a terapia confortável no tratamento da dor oral miofascial e encontrou que os pacientes que tinham cefaleia tensional melhoraram, mais cedo do que aquelas tratadas com a terapia sozinha; entretanto, as diferenças no resultado eram clinicamente menores (PEREZ, 2015).



A literatura da medicina ocupacional fornece evidências que os ferimentos são mais comuns quando os trabalhadores são submetidos às maiores cargas e têm posturas indesejáveis durante seu trabalho. As síndromes ocupacionais devido a dor de músculo trapézio ocorrem como o resultado de micro traumas repetitivos e do encurtamento miofascial e cefaleia. A correção de posturas inábeis é uma parte do tratamento padrão destas disorders, embora estejam faltando estudos a longo prazo da sua eficácia (WALKER, 2016).

A redução do estresse, técnicas da redução do estresse, incluindo os programas cognitivo-comportamentais, meditação, treinamento de abrandamento progressivo, e biofeedback, são incorporadas frequentemente em programas de reabilitação da dor crônicos. Estudos que endereçam

especificamente a eficácia destas técnicas para a dor miofascial são poucos. Em um estudo foi comparado um diferenciado programa do abrandamento com fisioterapia com splinting dental e com estimulação elétrica transcutânea do nervo (TENS) para gerência a dor miofascial crônica da cefaleia tensional; encontraram resultados equivalentes e a boa resposta entre todo grupo do tratamento. Biofeedback eletromiográfico assim como os programas de meditação baseados na redução do esforço parecem ser benéficos na cefaleia tensional (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2016).

Um corpo crescente da evidência suporta eficácia da acupuntura na dor miofascial tensional. A quantidade limitada dos dados de alta qualidade sugere a acupuntura é melhor do que a impostura para aliviar a dor, melhorando avaliações globais.



O instituto nacional da indicação do consenso da saúde na acupuntura concluiu a acupuntura pode ser útil como um tratamento da adjunção ou uma alternativa aceitável a ser incluído em um programa detalhado no tratamento na dor miofascial (WALKER, 2016).

Perguntas que precisam ser respondidas nas experimentações controladas randomizadas futuras incluem a duração do benefício da acupuntura, e o valor de tratamentos do impulsor para o tratamento da dor miofascial.

Massagem, TENS e ultrassom. Os estudos que sugerem a eficácia da massagem como parte de um programa de tratamento para a dor miofascial são escassos. Em um estudo a massagem combinada com exercícios de alongamento eram melhores em reduzir o número e a intensi-

dade da dor na cefaleia tensional.

Em um artigo foi encontrada eficácia através da terapia de massagem em reduzir a dor, níveis crescentes de serotonina e de dopamina e diminuição dos sintomas da cefaleia; entretanto, este estudo não especifica a etiologia da dor (PEREZ, 2015).

O tratamento com TENS mostrou resultados mistos no tratamento da dor miofascial. Um estudo único cego comparando TENS com TENS placebo em 10 pacientes para o tratamento da dor miofascial não encontrou nenhum benefício para a redução da dor; entretanto, o estudo usou parâmetros subthreshold do TENS. Pela comparação, Graf-Radford e outros compararam 4 ajustes diferentes do TENS ao controle com nenhuma estimulação em um estudo duplo cego e encontraram que o TENS de alta frequência e alta intensidade re-



duziram a dor miofascial (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2016).

O ultrassom em combinação com a massagem e o exercício foi testado em 1 experimentação controlado e randomizado. Neste estudo, o ultrassom, a massagem, e o exercício não tiveram nenhum benefício adicional sobre o ultrassom placebo com massagem e acupuntura para o tratamento da cefaleia tensional (PEREZ, 2015).

As correntes elétricas são utilizadas para o tratamento da dor durante o processo de cura da dor ou na transmissão ou percepção da dor. Quando se utiliza as correntes de curta duração e alta frequência de pulso a nível sensorial ativam o mecanismo do Portão de Modulação da Dor, fechando o portão de transmissão da dor, que é estimulado nos nervos sensoriais (PEREZ, 2015).

Para estimular a libera-

ção de opiáceos naturais do corpo a endorfinas que são produzidas na glândula hipófise e encefalinas produzidas pela medula espinhal, utiliza-se a estimulação de alta intensidade, longa duração e baixa frequência pulso (WALKER, 2016).

Quando se reduz a pressão mecânica exercida sobre as terminações nervosas ou quando se diminui o grau de espasmo ou edema muscular, eliminam-se os eventos mecânicos e químicos que estimulam a transmissão da dor. Em abordagens específicas para o controle da dor, a estimulação elétrica pode simplesmente mascarar a dor ou encorajar o corpo a liberar substâncias que controlam a dor, denominadas opiáceos endógenos (WALKER, 2016).

De acordo com Dixon (2014), que a luz laser é uma das modalidades mais recentes no



campo da fisioterapia e é sugerida para o tratamento da dor por proporcionar um efeito bioestimulativo e analgésico por meio de irradiação direta do tecido sem produzir respostas térmicas.

Os benefícios do laser terapia, segundo Dixon (2014), têm sido descritos por meio de um grande número de pesquisas clínicas no mundo inteiro, e dentre os vários efeitos positivos destacam-se a aceleração da cicatrização e a atenuação e/ou remissão completa da do miofascial.

Segundo Rocha (2015), o laser de baixa potência ou terapêutico é definido aquele com densidade de energia menor que 500mW/cm². De acordo com este autor, é fundamental que se conheçam bem seus princípios básicos, principalmente porque os efeitos e o mecanismo de ação são muito complexos do que, por

exemplo, os de uma luz ultravioleta ou de um aparelho de ultrassom.

Tratamento para dor miofascial

Exercício de alongamento é a base do tratamento da dor miofascial. Este tratamento é voltado para a tensão e o encurtamento do músculo que são associadas com a dor nesta desordem e permitem a restauração gradual da atividade normal. O alongamento lento, sustentado durante todo a escala restrita o movimento (ROM) disponível é o mais eficaz. Reforçar o exercício é contraindicado para o tratamento inicial da cefaleia. Os estudos eletromiográfico mostraram que os músculos com tensão começam com fadiga, fadigas mais rápido e severa do que em outros músculos, e se recuperam



mais lentamente. Reforçar exercícios executados cedo em um programa de reabilitação para a dor miofascial podem conduzir à substituição de outros músculos, e o risco de sobrecarregar o músculo, causando dor e contribuindo para o agravamento da dor miofascial (PEREZ, 2015).

Os pacientes devem ser incentivados a permanecer ativos, mas executando atividades diárias de uma maneira delicada, pouco carregada. Quando um movimento causar dor, o paciente deve parar nesse ponto e lentamente, explorar delicadamente o alargamento do movimento apenas um pouco mais para ajudar a liberar a tensão do músculo.

Um estudo cego controlado, comparou os efeitos de um programa de casa de 5 dias com exercícios de alongamento e a automassagem do músculo (que usam um dispositivo de Thera

Cane® a) com uma ROM ativa programada para a dor miofascial da cefaleia tensional). Ambos os grupos mostraram alguma melhora. O programa de alongamento mostrou significativamente mais melhoria do que nos relatórios análogos do programa de ROM ativa da escala de dor ($P < 0,01$) embora não na porcentagem de tempo na dor. O estudo não foi projetado para distinguir as contribuições relativas da automassagem daquelas de exercícios de alongamento lentos. As revisões detalhadas críticas da literatura do tratamento pelo painel da Philadelphia para a prática clínica baseada em evidências encontraram a sustentação para o uso do exercício terapêutico na cefaleia tensional (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2016).

A pesquisa clínica bem-sucedida sobre a dor miofascial na cefaleia tensional exige que



uma definição competente de critérios diagnósticos seja desenvolvida para esta desordem. Os critérios de diagnósticos existentes frequentemente são mal identificados e variam do estudo para estudo. A falta de um teste prático do laboratório ou da imagem latente para cefaleia tensional contribui para a dificuldade de identificar indivíduos com esta desordem. A tecnologia emergente, a imagem latente da impedância do tecido, pode ser útil. Um outro teste possível para a cefaleia tensional, é o potencial cerebral magnético-evocado quando o músculo é estimulado (PEREZ, 2015).

Uma compreensão da predominância e dos fatores de risco para a dor miofascial é igualmente necessário como um bloco de apartamentos básico da pesquisa futura. Os estudos da predominância da cefaleia em

função da idade e de sua predominância como uma causa significativa da dor em diagnósticos regionais. Estabelecer a boa confiabilidade de inter-relação de examinadores cegos é essencial ao sucesso de tais estudos (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2016).

Uma compreensão melhor exige uma posterior investigação na patofisiologia da dor miofascial. Os processos patológicos responsáveis para a faixa de tensão são mais complexos do que previstos previamente. Experimentações randomizadas, bem controladas, duplo-cegas de tratamentos são necessárias para se estabelecer uma terapia eficaz para pacientes com dor miofascial (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2016). O componente de alongamento está envolvido com a verdadeira liberação miofascial. Este alongamento do tecido fásical é importante e produz um



resultado diferente daquele produzido por outras técnicas. Um componente de tempo também existe, pareado com a fluidez das mãos do terapeuta ao se aplicar pressão e mover com a direção do tecido. Uma característica do sistema fáscial é a necessidade de tempo para uma liberação duradoura.

Um mínimo de 90 a 120 segundos parece ser necessário para começar o processo, porém, não se pode parar aqui, devido a pressão comum de numerosas barreiras para liberar. No início é importante dedicar pelo menos três a cinco minutos ou mais por liberação. O sistema fáscial é receptivo, de maneira que o tempo excessivo ou mesmo o tratamento da área errada resultará em lesão (WALKER, 2016).

A liberação fáscial apropriada e duradoura do sistema fáscial leva tempo. Não há

nenhum atalho. O seu nível de expertise não será melhor pela velocidade, mas será uma indicação de refinamento. Esta é a característica do sistema fáscial que deve ser considerada a fim de melhorar os resultados que você e o seu paciente merecem (WALKER, 2016).

A terapeuta precisa também estar atento às indicações específicas e relativas para este tratamento, no caso de dores de qualquer origem em estágio agudo ou crônico. É indicada em casos de insônia; artrite; ansiedade; síndromes psíquicas; hipertensão arterial; diabetes; dores de cabeça; obesidade; drenagem linfática; hiperatividade; irritabilidade.

Antes de treinar alguém com qualquer forma de liberação miofáscial, os médicos e terapeutas devem entender algumas precauções e contraindicações. É contraindicado em casos de ma-



lignidade; celulite; infecção sistêmica ou localizada; problema circulatório agudo; osteomielite; aneurisma; edema obstrutivo; artrite reumatoide aguda; ferimentos abertos; hematoma; fraturas em consolidação, osteoporose; diabetes avançada; hipersensibilidade da pele (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2016).

CONCLUSÃO

A Cefaleia é uma das manifestações mais contemporâneas na humanidade, embora todo o desenvolvimento do conhecimento da medicina. Praticamente todo ser humano conhece, no transcorrer de sua vida, dores de cabeça de amplitude variada, podendo ser caracterizada como um problema de Saúde Pública.

O presente estudo teve por objetivo identificar o efeito de liberação miofascial na dor

cervical. As técnicas de liberação miofascial excitam as áreas que possam proporcionar tecidos condensados restringindo o de movimento. Empregando pressão, alongamentos característicos e inclusão de forma consciente do paciente, é admissível mudar a organização molecular dos componentes líquidos dos tecidos, originando uma nova organização.

Através da utilização desta técnica, é possível proporcionar a desativação de pontos gatilhos, promoverem um alinhamento correto da estrutura corporal, minimizar a restrição do movimento e a dor sem causar comprometimento das estruturas

miofascial. As conclusões devem ser interpretadas com cautela devido à heterogeneidade dos desenhos de estudo e tratamentos.



REFERÊNCIAS

- BIANCHINI, L. P.; MOREIRA, M. R. Influência da manipulação miofascial sobre a amplitude articular. *Rev. Ter Man.*, v. 14, n. 5, p. 78-80, 2015.
- DAVIES, C.; AMBER, D. Terapêutico do ponto-gatilho: guia de tratamento da dor. . Ed. São Paulo: Roca, 2017.
- DIXON, W. Massagem miofascial. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. FERGUSON, L. W. Tratamento clínico da dor miofascial. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- HOU, C. R.; TSAI, L. C.; CHENG, K. F. Os efeitos imediatos de várias modalidades terapêuticas em cervical dor miofascial e ponto de detonação Sensibilidade. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, v. 88, n. 6, p. 1406-1414, 2015.
- HOVING, J. L.; VET, H. C.; KOES, B. W. Manual therapy, physical therapy, or continued care by the general practitioner for patients with neck pain: long-term results from a pragmatic randomized clinical trial. *Clin J Pain.*, v. 22, n. 4, p. 37-58, 2016.
- HUIJING, P. O.; LANGEVIN, H. M. A comunicação sobre a fâscia: história, armadilhas e recomendações. *Revista Internacional de massagem terapêutica*, v. 9, n. 6, p. 3-8, 2016.
- PEREZ, V. Pontos-gatilho. São Paulo: Barros Fischer & Associados, 2015.
- ROCHA, A. P. C. Síndromes dolorosas miofasciais da região cer-



vical: diagnóstico e tratamento.

Rev. Dor, v. 14, n. 11, p. 672-679,
2015.

SIMONS, D. D.; TRAVELL, J.
G.; SIMONS, L. S. Dor e disfun-
ção miofascial: manual dos pon-
tos-gatilho. 3. Ed. Porto Alegre:
Artmed, 2015.

VARJÃO, F. J. J.; NEPE-
LENBROEK, K. A. C. Tipo ten-
sional. Revista Saúde e Pesquisa,
v. 11, n. 3, p. 185-191, 2018.

WALKER, B. Alongamento:
uma abordagem anatômica. 2.
Ed. São Paulo: Manole, 2016.



SISTEMAS DE INFORMAÇÕES NA SAÚDE COM APOIO DAS TECNOLOGIAS MÓVEIS: UMA NOVA TENDÊNCIA

HEALTH INFORMATION SYSTEMS SUPPORTED BY MOBILE TECHNOLOGIES: A NEW TREND

Suellen Cristina Ribeiro Akamine¹

Resumo: Os sistemas de informação vêm se destacando e evoluindo constantemente devido às mudanças e o impacto econômico que produz nas organizações e na sociedade, e também em função da evolução da própria tecnologia da informação. Esses sistemas são compostos por uma estrutura capaz de garantir a obtenção e a transformação de dados em informação, sendo fundamental o envolvimento dos profissionais em processos de seleção, coleta, classificação, armazenamento, análise, divulgação e recuperação de dados. As tecnologias móveis oferecem um suporte para que os sistemas de informações possam ser implementados e utilizados com mais eficiência e agilidade, porém existem muitos entraves, como por exemplo, a indisponibilidade de recursos tecnológicos por grande parte da população, di-

1 Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Católica Dom Bosco. Especialista em Gestão de Saúde Pública pela Universidade Unigran. Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família pela FIOCRUZ e UFMS. Pós - graduada em Fonoaudiologia Hospitalar e Disfagias Orofaríngeas pela FAMOSP. Especialista em Psicopedagogia pela Universidade UNAES Anhanguera



ficuldades no acesso e conexão, entre outros. A metodologia utilizada para a realização desse estudo foi à pesquisa bibliográfica através de análise de literatura de artigos científicos e outros textos. Concluiu-se que os sistemas de informações de saúde e as tecnologias móveis tendem a conquistar cada dia mais espaço, por proporcionarem mais agilidade e qualidade nos serviços de saúde, porém ainda é necessário melhorar o acesso da população a esses recursos tecnológicos.

Palavras chave: Sistemas de informação, saúde, tecnologia móvel

Abstract: Information systems have been standing out and constantly evolving due to changes and the economic impact they produce on organizations and society, and also due to the evo-

lution of information technology itself. These systems are made up of a structure capable of guaranteeing the collection and transformation of data into information, and the involvement of professionals in processes of selection, collection, classification, storage, analysis, dissemination and data retrieval is essential. Mobile technologies offer support so that information systems can be implemented and used more efficiently and quickly, but there are many obstacles, such as the unavailability of technological resources by a large part of the population, difficulties in accessing and connecting, among others. The methodology used to carry out this study was the bibliographical research through literature analysis of scientific articles and other texts. It was concluded that health information systems and mobile technologies tend to



conquer more space each day, as they provide more agility and quality in health services, but it is still necessary to improve the population's access to these technological resources.

Keywords: Information systems, healthcare, mobile technology.

INTRODUÇÃO

Os sistemas de informação em saúde, assistenciais ou epidemiológicos, tem sido apontados como ferramentas importantes para o diagnóstico de situações de saúde com foco nas intervenções mais aproximadas do quadro de necessidades da população. É possível utilizar as bases de dados nacionais que, alimentadas regularmente por municípios e Estados, estão sendo ainda subutilizadas no seu potencial de instrumentalizar a

tomada de decisões e de produção científica.

Esta afirmação é fundamentada tanto pelas características próprias dos sistemas informacionais que agregam milhões de dados e permite inúmeras possibilidades de uso, quanto pela observação de que os gestores de sistemas de saúde tem demonstrado uma preocupação crescente em conhecer e apropriar – se do elenco destes recursos, o que possibilita definições mais acertadas na priorização de ações no setor saúde. Medeiros (2005).

De acordo com Silva (2018). O termo tecnologia tem sido concebido equivocadamente como produto, informatização, cibernética e robótica. Entretanto, dependendo do contexto, pode significar conhecimento técnico, científico, ferramentas, processos e materiais criados a partir de tal conhecimento, que se relacio-



nam, fundamentam os cuidados da enfermagem e geram soluções para os problemas da prática.

As tecnologias de informação e comunicação (TICs) são toda tecnologia de comunicação que facilita a transmissão de informações por meios digitais, incluindo computadores, redes sem fio, entre outros dispositivos, e elas tem sido utilizadas globalmente nos contextos pessoal, educacional, empresarial e de saúde. Silva (2018).

Nestes contextos, a partir das TICs, também foi possível processar e transformar dados, imagens e voz, atuar em mecanismos que operam mudanças de estados, sensores e atuadores; armazenar, persistir, manter e recuperar dados, imagens e voz e comunicação, transportar de um ponto ao outro o processado e o armazenado.

Entre as TICs, os telefo-

nes móveis do tipo smartphones vem se destacando por possibilitarem a comunicação, possuírem diversas funcionalidades e oferecer muitas opções para o usuário em virtude do seu sistema operacional eficiente e de fácil acesso à internet. Silva (2018).

Sabemos, que a tecnologia tem avançado em todos os setores, inclusive na área da saúde, acredito que será um grande passo para facilitar o acesso da população aos serviços de saúde, porém é necessário investimentos para melhorar a qualidade da conexão e buscar soluções para que a população mais vulnerável tenha acesso a essas tecnologias.

A metodologia utilizada para a realização desse estudo foi a pesquisa bibliográfica através de Análise de literatura de artigos científicos e outros textos.

DESENVOLVIMENTO



Segundo Siqueira (2005), o sistema de informação (SI) precisa de três matérias – primas: o dado, a informação e o conhecimento. O dado é o elemento mais simples desse processo, a informação é composta de dados com significados para quem os vê, o conjunto de nosso aprendizado segundo algumas convenções, nossas experiências acumuladas e a percepção cognitiva irão transformar em conhecimento uma dada realidade.

De acordo com Rouquayrol & Almeida Filho, 2006 no setor da saúde a informação subsidia o processo decisório, uma vez que auxilia no conhecimento sobre as condições de saúde, mortalidade e morbidade, fatores de risco, condições demográficas, entre outras.

No Brasil, o Departamento de informática do SUS

(DATASUS) desempenha um papel de importância vital na condução do processo de informação na saúde. Este departamento mantém a disposição todos os SIS em uso no Brasil, bem como, manuais, programas para download, podendo ser acessados pelos profissionais da saúde, dado a relevância desse conhecimento para o planejamento das equipes, quer sejam locais ou não. Nesse ambiente é possível obter informações como: Indicadores de saúde; Assistência a saúde (internação hospitalar, produção ambulatorial; imunização; saúde da família; vigilância alimentar e nutricional); Epidemiológica e morbidade (morbidade hospitalar do SUS, doenças de notificação, estado nutricional e outros agravos); Rede Assistencial (informações do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de saúde - CNES); Estatísticas vitais (na-



talidade, mortalidade, câncer); Demográficas e socioeconômicas (população, educação e saneamento), Inquéritos e pesquisas; Saúde suplementar. Também disponibiliza informações financeiras, sistemas e aplicativos para tabulação de dados, como o TABNET e o TABWIN.

A tecnologia móvel proporciona aos médicos acesso as informações de saúde dos pacientes para realizar o acompanhamento em tempo real dos sinais vitais e dos resultados laboratoriais. Com relação as operadoras de saúde, existem hoje aplicativos integrados aos sistemas de gestão que possibilitam que as instituições de saúde ampliem a integração com os pacientes, proporcionando uma experiência de ponta a ponta. Essas tecnologias permitem consultar toda a rede credenciada, realizar check – in, agendamento de consultas e exa-

mes, telemedicina e até mesmo alertas para o médico, oferecendo aos pacientes mais comodidades e proximidade com as operadoras de saúde.

Do lado do paciente, por meio dos dispositivos móveis, ganha agilidade no tratamento e na troca de comunicação com o médico. Além disso, o móvel permite acesso as vários aplicativos em saúde, não necessariamente medicamentoso. Para pacientes com diabetes, por exemplo, aplicativos de controle de glicemia facilitaram a rotina.

Apesar dos avanços no desenvolvimento de tecnologias e aplicativos de saúde, ainda existem entraves que impedem que esses serviços alcancem toda a população. O primeiro desafio, é a disponibilidade tecnológica, uma vez que algumas regiões do Brasil ainda enfrentam problemas com conectividade e bai-



xa qualidade na conexão. Outro ponto crítico é o investimento por parte das instituições de saúde, que devem apostar na interoperabilidade com o objetivo de realizar toda a integração de dados entre médicos, laboratórios e plataformas.

Os serviços de saúde via dispositivos móveis tendem a conquistar o mercado, uma vez que proporcionam mais agilidade e qualidade no atendimento hospitalar, especialmente em tempos de pandemia e distanciamento social. No entanto, não se exclui a necessidade de investir em um atendimento humanizado, atentar-se a Lei geral de proteção de dados (LGPD) e realizar investimentos para aprimorar e expandir cada vez mais esse serviço na área da saúde. Rocha (2021).

METODOLOGIA

Pesquisa bibliográfica através de Análise de literatura de artigos científicos e outros textos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sistemas de informações de saúde e as tecnologias móveis tendem a conquistar cada vez mais espaço na área da saúde, por proporcionarem mais agilidade e qualidade nos serviços prestados a população, porém ainda é necessário melhorar o acesso da população a esses recursos tecnológicos, ressaltando que os mesmos devem ser de qualidade, permitindo um bom acesso e uma boa conexão para que esses recursos sejam eficientes para o usuário ter um atendimento eficiente e resolutivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Hoppen, N. (2010). Sistemas de informação no Brasil: Uma análise dos artigos científicos dos anos 90. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil.
- Medeiros, K.R., Machado, H.O.P., Albuquerque, P.C. & Junior, G.D.G. (2005). O sistema de informação em saúde como instrumento da política de recursos humanos: Um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. Observatório de Recursos Humanos. Fiocruz. Campus da UFPE. Recife - PE, Brasil.
- Silva, A.M.A., Mascarenhas, V.H.A., Araújo, S.N.M., Machado, R.S.M., Santos, A.M.R. & Andrade, E.M.L.R. (2018). Tecnologias móveis na área da enfermagem. Universidade Federal do Piauí. Departamento de enfermagem. Teresina – PI, Brasil.
- Franco, J.L.F. (2015). Sistemas de informações em saúde. UnA – SUS. Unifesp – Brasil.
- Rocha, D.C. (2021). O impacto dos dispositivos móveis na saúde. Brasil.



ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA HUMANIZAÇÃO DO PARTO NORMAL

PERFORMANCE OF THE NURSING TEAM IN THE HUMANIZATION OF NORMAL DELIVERY

Mayara Anne Arruda Marques¹

Ana Lucia de Medeiros

Resumo: Historicamente, o nascimento foi considerado um evento natural, respeitado até o século XVI como um movimento exclusivamente feminino. A partir do momento em que o parto começou a acontecer dentro do hospital com a participação de médicos no processo do mesmo, a mulher deixou de ser a pessoa mais importante e ativa daquele evento. Portanto, para que haja mudança nesse cenário, a Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde vêm orientando e implementando condutas que devem ser estimuladas durante o

parto, como a presença de acompanhante, a oferta de líquidos, o uso de técnicas não invasivas para alívio da dor e liberdade de escolha da posição no parto, entre outras. O estudo teve como objetivo verificar na literatura a sistematização do conhecimento sobre a conscientização dos benefícios do parto normal, apontando as condutas realizadas que favorecem o protagonismo da mulher. Trata-se de uma revisão da literatura, de caráter descritivo e explicativo, nas bases de dados Scientific Electronic Library, Literatura Latino-americana e do

1 Enfermeira Obstétrica



Caribe em Ciências da Saúde; Medical Literature Analysis and Retrieval System Online e National Library of Medicine, no período de 2008 a 2019, utilizando os seguintes descritores: parto normal; humanização; humanização no parto normal; protagonismo da mulher. O resultado apontou três categorias: boas práticas obstétricas que favorecem o protagonismo feminino; métodos não farmacológicos para alívio da dor; Enfermagem na humanização do parto. A síntese dos artigos nos permitiu entender que já existem algumas mudanças no atendimento à mulher durante o trabalho do parto, mas que ainda há um longo caminho a ser trilhado. Conclui-se mostrando que para que haja protagonismo da mulher no trabalho de parto e parto, a humanização se faz necessário, a qual se evidencia com a necessidade de melhoria do

acesso e da qualidade do atendimento ao parto.

Palavras chaves: Parto Normal; Humanização; Humanização no parto normal; protagonismo feminino.

Abstract: Historically, birth was considered a natural event, respected until the sixteenth century as an exclusively female movement. From the moment that the delivery began to happen inside the hospital with the participation of doctors in the process of the same, the woman stopped being the most important person and active of that event. Therefore, in order to change in this scenario, the World Health Organization and the Ministry of Health have been guiding and implementing behaviors that should be stimulated during childbirth, such as the presence of a



companion, the supply of fluids, the use of non-invasive techniques for relief of pain and freedom of choice of birth position, among others. The study aims to verify in the literature the systematization of knowledge about the awareness of the benefits of normal delivery, pointing out the behaviors performed that favor the woman's role. This is a literature review, with descriptive and explanatory character, in the databases Scientific Electronic Library (SciELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS); And the National Library of Medicine (PUBMED, from 2008 to 2019), using the following descriptors: normal delivery, humanization, humanization in normal birth, women's role, and the result was three categories: The synthesis of the articles allowed us to understand that there are already some

changes in the care of women during labor, but that there is still a lack of knowledge about the role of women in the labor market. It is concluded that in order for women to take part in labor and delivery, humanization becomes necessary, which is evidenced by the need to improve access and quality of delivery services.

Keywords: Normal birth; Humanization; Humanization in normal childbirth; female protagonism.

INTRODUÇÃO

Consagradamente, o nascimento é olhado um acontecimento natural e puro, estimado e admirado até meados do século XVI, visto como moção restrito feminino. O parto era realizado exclusivamente e culturalmente por parteiras, eram essas mu-



lheres sem instrução científicas e acadêmicas, apenas com experiência de seus instintos, unicamente utilizando suas práticas e conhecimentos passados de geração em geração, essas mulheres dedicavam-se a realizar partos da própria família ou da população em que a procuravam. (Fossa et al, 2015)

Porém, desde a década de 40 do século XX, foi otimizado a internação nos hospitais para o parto, onde assentiu a medicalização e comando do período gravídico e puerperal, e o parto deixou de ser um processo natural e familiar, sucedeu a ser vivenciado na esfera hospitalar, com a permanência de vários atores direcionando este período. Este elemento veio a favorecer a dominação da mulher, que deixou de ser a personagem principal do processo parturitivo. Desde o momento em que os

médicos propiciaram a participar do processo do parto e puerpério, a mulher deixou de ser a pessoa mais importante e ativa daquele evento. (Moura F, 2008).

Nesse contexto, o parto introduziu-se a ser vivenciado como um período de forte e acentuado sofrimento psicológico, físico e moral. O pânico, aflição e a dor das parturientes neste padrão de assistência, impossibilitam o desenvolvimento e o processo fisiológico do parto natural e normal, o que pode culminar com práticas intervencionistas, sendo na maioria das vezes evitada. (Diniz C, 2008)

Diante desse cenário, a Organização Mundial de Saúde, começou a enfatizar que o objetivo da assistência materno infantil é obter uma parturiente e um neonato saudáveis com o mínimo de intervenções e que seja compatível com a segurança.



Objetivando este fator, algumas condutas devem ser estimuladas durante o parto, como a presença de acompanhante, a oferta de líquidos, o uso de técnicas não invasivas para alívio da dor e liberdade de escolha da posição no parto, entre outras. Todavia, sabe-se que estas condutas não estão sendo respeitadas nos hospitais e maternidades, e que os procedimentos reconhecidamente danosos e ineficazes, como a imobilização, a posição horizontal na hora do parto e administração de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, que precisariam ser eliminadas, mas, contudo, ainda continuam a fazer parte da rotina na maioria dos serviços de saúde. (Marque F, 2014).

É nesse contexto que se discute sobre a humanização no parto, o qual pode ser bastante diversificado, porém há um movimento defendendo-o como

processo que respeita a individualidade das mulheres, valorizando-a como protagonista e permitindo a adequação da assistência a cultura, crenças, valores e diversidades de opiniões dessas pessoas. (Castro, 2005).

Assim, “humanizar o parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas e biológicas”. Esta expressão foi atribuída pelo Ministro da Saúde e seus assistentes técnicos ao Programa de Pré-Natal e Nascimento, com o intuito de melhorar as circunstâncias do atendimento e que o profissional privilegie não só o que viu e palpou, mas também ouviu o que a gestante descreveu e estar sentindo para que o tratamento seja eficiente. (Castro, 2005).

Diante desse contexto, questiona-se: qual a atuação da



equipe de enfermagem na humanização ao parto normal? Que atividades poderão ser realizadas para favorecer a autonomia da mulher?

Acredita-se necessário o reconhecimento do parto como um processo de envolvimento com o cuidado ao outro, e desse modo seja compreendido e respeitada sua autonomia, suas escolhas, princípios, desejos e afetividades. E que a parturiente seja aconchegada por meio de diálogo, de um toque, de um sentimento.

Neste sentido, esta pesquisa traz como objetivo verificar na literatura a sistematização do conhecimento sobre a conscientização dos benefícios do parto normal, apontando as condutas realizadas que favorecem o protagonismo da mulher. Descrever a importância da equipe de enfermagem no cuidado humani-

zado; identificar atividades que favorecem a autonomia feminina e apontar a atuação da equipe de enfermagem na humanização do parto.

METODOLOGIA

Para discorrer sobre o tema e suas inúmeras vertentes, utilizou o método de pesquisa bibliográfica, que trata de destacar as formas e construir um processo de pesquisa através de procedimentos metodológicos baseando-se em vários relatos de pesquisa, delimitando critérios de estudo. A foi desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de artigos científicos, documentos e livros. A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do



que aquela que poderia pesquisar diretamente, possibilitando sintetizar e analisar criticamente o que foi produzido na temática em estudo. (Gil AC, 2005).

Esta revisão trata-se de um estudo do tipo exploratório e descritivo, tendo como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema. A estratégia utilizada para identificação e seleção dos estudos foi a busca de publicações indexadas nas bases de dados da Scientific Electronic Library (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e National Library of Medicine (PUBMED). A busca se deu no período de fevereiro a março de 2019.

Foram adotados os seguintes critérios para seleção dos artigos: artigo original e de revi-

são; artigos com resumos e textos completos disponíveis para análise; aqueles publicados no idioma português, no período 2008 a 2019, e artigos que contivessem em seus títulos e/ou resumos os descritores: parto normal; humanização; humanização no parto normal. Quanto aos critérios de exclusão dos artigos, foi estudos que não atendessem os critérios de inclusão mencionados.

Para análise foram elaboradas fichas de acordo com a literatura, com o intuito de organizar as principais ideias produzidas pelos autores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão foram apresentados divididos em quatro tópicos, o primeiro diz respeito a caracterização dos estudos selecionados, o segundo,



terceiro e quatro apresentam as na Humanização do parto.

categorias: boas práticas obstétri-

cas; Métodos não farmacológicos

para alívio da dor; Enfermagem

Caracterização dos Estudos Se-

leccionados

Figura 1- Descrição dos estudos incluídos na revisão de literatura, segundo autor(es), base de dados, periódicos e ano de publicação

AUTORES	BASE DE DADOS	PERIÓDICOS	ANO DE PUBLICAÇÃO
SESCATO, A.; SOUZA, S.; WALL, M.	LILACS	Cogitare Enfermagem	2008
ALMEIDA, A.; GAMA, E.	LILACS	REC	2015
SOUZA, C.; FERREIRA, C.; MARQUES, J.	LILACS	DIALNET	2013
GOMES, A.; MORAIS, L.	LILACS	RECIEN	2014
FRELLO, A.	MEDLINE	RBE	2011
CARRARO, T.; GREGORIO, V.	PUBMED	REDALYC	2008
PORTO, A.; COSTA, L.; VOLLOSO, N.	MEDLINE	Ciência e Tecnologia	2015
PEREIRA, S.; MELO, C.	LILACS	TEMPUS	2016
MACEDO, A.; SANTOS, A.; SILVA, C.	PUBMED	Revista Eletrônica de Enfermagem	2010
VELASQUE, A.; CABRAL, F.	MEDLINE	REUFMS	2011
NASCIMENTO, N.; NOVA, R.; OLIVEIRA, T.; VARGENS, O.	SciELO	Escola Anna Nery	2010
STRAPASSON, M.; SILVA, E.; FISHER, A.	MEDLINE	REUFMS	2011
CAMPOS, N.; MAXIMINO, D.; ANDRADE, N.; SOUTO, C.	BVS	Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança	2016



MALHEIROS, P.; ALVES, V.; RANGEL, T.	SciELO	Texto Contexto Enfermagem	2012
-----------------------------------------	--------	------------------------------	------

Fonte: LILACS, MEDLINE, PUBMED, BVS, SciELO, 2019.

Quanto a caracterização dos estudos pode-se perceber que as publicações foram mais intensas nos anos de 2010 a 2016 e as publicações estão presentes em vários periódicos, não havendo concentração em nenhum deles. Dos 14 artigos selecionados a base de dados com maior publicação foi a Lilacs com 5 artigos, seguida da Medline com 4 artigos, pubmed com 2 artigos, Scielo também com 2 artigos e BVS com apenas 1 artigo.

A leitura e análise dos artigos, mostra que ainda não há consenso geral sobre a humanização do parto, pois trata-se de um processo de políticas públicas de saúde que buscam melhorar a assistência à mulher e ao recém-nascido, através da redução

de cesarianas e mortalidade materno infantil e que implicam no envolvimento e melhora na formação da equipe de enfermagem nas concepções e práticas onde ele é feito.

Os resultados mostram ainda que para a assistência ao parto e nascimento se tornar realmente humanizada é necessário que os profissionais da saúde aceitem a postura da mulher como condutora do processo de parturição e comecem a respeitar suas vontades e direitos. É de vital importância reconhecer a mulher como um indivíduo único, para que o profissional estabeleça um plano de assistência correlacionado com as necessidades da cliente; pois cada mulher é um ser único, possuidor de valores,



sentimentos e crenças que devem ser respeitados. Sendo assim, a análise dos dados construída a partir do estudo, deu origem a formação das seguintes categorias temáticas: boas práticas obstétricas; Métodos não farmacológicos para alívio da dor; Enfermagem na Humanização do parto.

Boas práticas obstétricas que favorecem o protagonismo da mulher

A valorização do parto e do nascimento humanizados é uma etapa importante para o aumento da autonomia e do poder de decisão das mulheres e, fundamentalmente, para o encontro entre estas e os profissionais de saúde, resultando numa relação menos autoritária e mais solidária, com desdobramentos efetivos para uma boa evolução do traba-

lho de parto e para a saúde das mulheres e das crianças.

Nesse sentido, as boas práticas obstétricas são divulgadas através das diretrizes de assistência humanizada ao parto e nascimento pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), das quais destaca-se:

Alimentação no trabalho de parto e parto: a adoção de dietas brandas, para repor as fontes de energia requeridas no trabalho de parto, previne a desidratação e a cetose, garantindo o bem-estar da mulher. Portanto, a oferta de líquidos e alimentos leves por via oral à parturiente, respeitando o seu desejo, além de não interferir no desenvolvimento do trabalho de parto e do parto, pode ser benéfica. (Torcato P, 2010).

Presença de acompanhante: a presença do acompa-



nhante traz benefícios para as gestantes que contam com uma companhia no parto e puerpério imediato ficam mais tranquilas e seguras durante o processo. A permanência do acompanhante junto à mulher contribui ainda com o risco de acometimento por depressão pós-parto. (Brasil, 2000)

Posição do trabalho de parto: um novo olhar na obstetrícia vem sendo incentivado nos últimos anos, a posição assumida pela parturiente faz parte de um conjunto de práticas que devem ser estimuladas na fase ativa no trabalho de parto. Essa autonomia da mulher aponta uma série de vantagens e benefícios para mãe e filho. (Malheiros CMS, 2013).

Uso de partograma: o uso do partograma é recomendado para acompanhamento no trabalho de parto com o objetivo

de melhorar a assistência e reduzir a morbidade e mortalidade materna e fetal. Consiste na representação gráfica do trabalho de parto e pode ser considerado um excelente recurso visual para analisar a dilatação cervical e a descida da apresentação em relação ao tempo. É um instrumento de comunicação que facilita tomar conhecimento imediato da evolução do trabalho de parto, neles devem estar registrados, batimentos cardíofetais, dinâmica uterina, e fármacos usados. (Brasil, 2000)

Contato pele a pele: o contato mãe/bebê deve ser imediato após o nascimento, contínuo e prolongado. Esse contato acalma o bebê e mãe que entram em sintonia única proporcionada por esse momento, auxiliando na estabilidade sanguínea, batimentos cardíacos e respiratórios, reduz o choro e estresse do re-



cém-nascido, e mantém o bebê aquecido pela transmissão do calor de sua mãe. (Brasil, 2000)

Métodos não farmacológicos para alívio da dor

O enfermeiro pode aliviar a ansiedade da mulher explicando-lhe os termos com os quais não está familiarizada. O ambiente deve ser seguro e ter privacidade, permitindo à mulher sentir-se livre para ser ela mesma a tentar medidas de conforto. Entre as condutas de enfermagem no trabalho de parto e alívios da dor destacam-se: a) Estimular a participação ativa da mulher e de seu acompanhante durante o trabalho de parto; b) Priorizar a presença do profissional junto da parturiente proporcionando segurança para a paciente; c) Encorajar a mulher a adotar a posição como a de cócoras; d) Estimular

a mulher adotar a posição vertical durante o trabalho de parto; e) Permitir que a mulher sintase preparada e coopere com o processo de parir; f) Estimular utilização de recursos alternativos para a condução do trabalho de parto como:

Bolas suíça: é uma estratégia para a promoção de livre movimentação da mulher durante o trabalho de parto. É um recurso que estimula a posição vertical, permitindo a adoção de diferentes posições, possibilitando o exercício do balanço pélvico por sua característica de objeto lúdico que traz benefícios psicológicos, correção da postura, relaxamento e alongamento, e fortalecimento da musculatura. (Malheiros CMS, 2013).

Banho de chuveiro ou banheira: proporciona à mulher a retomada de sua autonomia no processo de parturição, pois



a mesma poderá mobilizar seus próprios recursos na busca de seu bem-estar durante esse momento. Além de ser uma prática relaxante para as parturientes, minimizando a sensação dolorosa, diminuindo a tensão e a ansiedade das parturientes (Malheiros CMS, 2013).

Deambulação: a movimentação é benéfica e contribui para o alívio da dor ao retirarem o foco de atenção da mulher na dor possibilitando e melhorando a progressão no parto.

Exercícios respiratórios: é relevante ao psíquico, que ao lado do relaxamento, constitui um excelente recurso para diminuição da tensão. Dentre as numerosas técnicas de percepção respiratória, uma das mais conhecidas e a mais segura, é a respiração profunda ou abdominal, a qual a parturiente realiza uma inspiração expandindo a

parede abdominal descontraindo, abaixando o diafragma. Logo, em seguida, expira lentamente contraindo os músculos abdominais tendo os lábios em posição como se estivesse apagando uma vela acesa. Tal exercício controla a velocidade da expiração facilitando a contração dos músculos abdominais. No período de expulsão do feto, a parturiente respira fundo e realiza uma apnéia fazendo força para expulsar o bebê relaxando a musculatura perineal. (Silva FMB, Oliveira SMJV, 2009).

Exercícios pélvicos: são os maiores aliados do parto normal, estimulando os movimentos necessários para o parto, podendo ser feito, no travesseiro, bola de pilates e cadeira.

Acupuntura: é efetiva na medida em que redistribui e normaliza a corrente energética em nosso organismo, recuperando



a circulação normal. Os objetivos da terapêutica são definidos como a obtenção da analgesia, recuperação motora, normalização das funções orgânicas, modulação da imunidade, das funções endócrinas, autonômicas e mentais e ativação de processos regenerativos. (Couto GR, 2008)

Musicoterapia: a música transmite emoções semelhantes a comunicação verbal, ela mobiliza as mesmas regiões neurais. A música está presente em vários rituais importantes na vida do homem, assim transmitindo um ambiente de boas lembranças e tranquilidade. (Couto GR, 2008)

Enfermagem na Humanização do parto

O profissional de enfermagem tem de politizar e clarificar do seu valor na assistência e auxílio à parturiente e ao neona-

to no decorrer de todo o processo gravídico puerperal, educando, favorecendo a saúde, prevenindo e diagnosticando intercorrências na gravidez durante o pré-natal. O enfermeiro deve ser parte complementar da equipe de saúde na assistência integral cometida à mulher, utilizando o seu conhecimento técnico e científico em agregação com seus preceitos éticos de compromisso com a profissão e com a vida humana, proporcionando uma assistência digna e com qualidade.

O enfermeiro pode aliviar e a ansiedade da mulher explicando-lhes os termos com os quais não está familiarizada, resgatando o caráter fisiológico no processo de parir, proporcionando a mulher experiências positivas, com ausência de procedimentos invasivos, conquistando a confiança e estimulando a coragem e respeito mútuo com



a usuária e acompanhante. (Almeida OS, Gama ER, Bahiana PM, 2015)

Seus objetivos se constituem em resgatar a prática vertical, reconhecer a autonomia da gestante na condução do trabalho de parto, sensibilizando e capacitando profissionais de saúde a fim de mostrar a importância do parto e do nascimento como eventos naturais, incentivar e promover a prática do aleitamento materno. (Almeida OS, Gama ER, Bahiana PM, 2015)

CONCLUSÃO

O estudo aponta a necessidade de utilização de boas práticas obstétricas durante o trabalho de parto e parto, por considerar de grande benefício para o binômio mãe-filho, além de empoderar a mulher no seu processo de parturição. Dentre as

quais destacou-se a alimentação no trabalho de parto, presença de acompanhante, escolha da posição de parir, uso do partograma, contato pele a pele, entre outros.

As evidências científicas mostram os benefícios dos métodos não farmacológicos utilizados durante o trabalho de parto e sua eficácia. Constatam que além do alívio da dor, estes métodos promovem o relaxamento das gestantes, reduz a ansiedade, aumenta o vínculo entre a gestante e seu acompanhante, reduz o risco de exposição desnecessária aos fármacos e seus efeitos colaterais. Portanto, o uso visa aperfeiçoar ações humanizadas na assistência à parturiente, resgatando a autonomia da mulher no trabalho de parto e nascimento de forma digna e natural.

Foi possível observar também que muito já se avançou na busca da humanização, porém



ainda existem distorções sobre o processo de humanização. Os profissionais estão colocando em foco a questão do respeito pela mulher, estabelecendo uma assistência centrada em suas vontades e escolhas. Diante disso, acredita-se que o profissional de enfermagem precisa ter um olhar holístico, respeitando e compreendendo, levando em conta os sentimentos e desejos da parturiente e de seus familiares.

Assim, fica clara a importância do enfermeiro obstetra prestar uma assistência integral e com competência técnica e científica, capaz de mensurar as necessidades humanas, para se utilizar as condutas úteis e recomendadas pela OMS no trabalho de parto e parto, em maternidade de risco habitual.

REFERÊNCIAS

Fossa et al. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 6, 2015.

Moura F. A humanização e a assistência de enfermagem no parto normal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol:60, n 4, 2008.

Diniz C. Humanização da assistência ao Parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência Saúde Coletiva*, vol:10, n 3, 2008.

Marque F. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. *Anna Nery*, 2009. Leticia Freitas. A continuidade do cuidado na perspectiva do ser cuidado. *Cogitare Enfermagem*, vol:19, n 4, 2014.



Castro. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(6): 960-7.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 3ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 2005.

Sescato, A Souza, S; Wallm M. O resgate do parto normal: contribuições de uma tecnologia apropriada. Joinville (SC): Univille; 2008.

Almeida, A; Gama, E. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc & Saúde Coletiva* 2015;10(3):699-705.

Souza, C; Ferreira, C; Marques, J. Perfil das Enfermeiras que atuam na Assistência à Gestante, Parturiente e Puérpera, em Insti-

tuições de Sorocaba/SP. *Dialnet*. 2002;10(4):478-84.

Gomes, A; Moraes, L. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Recien*. 2004;10(3):627-37

Frello, A. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;10(3):627-37

Carraro, T; Gregorio, V. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008;10(3):627-37

Porto, A; Costa, L; Volloso, N. Parto humanizado: significado para a mulher. *Rev Ciência e Tecnologia*. 2015; 4(1):36-42.



Pereira, S; Melo, C. Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. Tese de doutorado, Instituto Fernandez Figueira – Tempus. 2016. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Macedo, A; Santos,A; Silva, C. Assistência humanizada à mulher no parto: uma proposta de resgate de sua singularidade. Rev Bras Enferm. 2010;55(2):226-27.

Velasque, A; Cabral, F. Pesquisa acadêmica sobre humanização do parto no Brasil: tendências e contribuições. Rev. Eletrônica 2011;20(2):205-15.

Nascimento, N; Nova, R; Oliveira, T. O resgate do parto normal: as contribuições de uma tecnologia apropriada. Escola Anna Nery. 2010;9(2):274-87.

Strapasson, M; Maximiano, D; Andrade N. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. Acta paul. enferm. 2016;20(2): 131-37.

Campos, N; Maximino, D; Andrade, N. Assistência humanizada à mulher no parto: uma proposta de resgate de sua singularidade. Rev Bras Enferm. 2016;55(2):226-27.

Malheiros, P; Alves, V; Rangel,T. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. Cien Saude Colet. 2012;10. Texto Contexto Enfermagem:S221-30

Torcato P. Parto humanizado: influências no segmento saúde. Mundo Saúde. 2010; 33: 80-8



Brasil. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher; 2000. 33p

Malheiros CMS. Equipe de Enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto. Texto Contexto de Enfermagem. 2013; 5(4): 743-754.

Silva FMB, Oliveira SMJV. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. Rev Esc Enferm USP. 2009; 40(1): 57-63.

La Fuente P. Deambulação durante o trabalho de parto e tipos de puxos: sua influência sobre a evolução do parto e o bem-estar fetal. In. Sabatino H, Dunn Pm Barcia Rc. Parto humanizado –

formas Alternativas. Campinas: editora da Unicamp; 2010.

Couto GR. Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. Rev Latino-Am Enferm. 2008; 14(2):190-8.

Almeida OS, Gama ER, Bahiana PM. Humanização no Parto: A atuação dos Enfermeiros. Rev. Contemporânea de Enferm. 015; 17(2):187-10.



O “QUEBRA-CABEÇA” DO GESTOR : COMO ORGANIZAR AS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES

THE MANAGER’S “PUZZLE”: HOW TO ORGANIZE MULTIDISCIPLINARY TEAMS

Carla Cristina Gularte Liberato¹

Resumo: O trabalho em equipes multidisciplinares é importante para proporcionar atendimento de qualidade e excelência, meta de praticamente todas as unidades hospitalares. Proporcionar condições para o desenvolvimento deste trabalho, assegurando o bem-estar dos integrantes destas equipes, planejar as formas de ação, custos e investimentos são objetivos de uma gestão de excelência. Para que os objetivos tornem-se realidade o gestor deve ter conhecimento das ações desenvolvidas na sua unidade,

assim como realizar treinamentos adequados e continuados, apoiando sua equipe, dirimindo dúvidas, baseado em evidências científicas.

Palavras-chave: equipes multidisciplinares, gestão em serviços de saúde, trabalho multiprofissional, gestor e equipes multidisciplinares.

Abstract: Working in multidisciplinary teams is important to provide quality care and excellence,

¹ Especialista em Cirurgia Vascular. Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal-RO- FACIMED. Coordenadora do Internato Médico



a goal of practically all hospital units. Providing conditions for the development of this work, ensuring the well-being of the members of these teams, planning the forms of action, costs and investments are objectives of excellent management. For the objectives to become a reality, the manager must have knowledge of the actions developed in his unit, as well as conduct adequate and continuous training, supporting his team, resolving doubts, based on scientific evidence.

Keywords: multidisciplinary teams, health service management, multiprofessional work, manager and multidisciplinary teams.

Introdução

O trabalho em equipe multiprofissional é considerado um pressuposto orientador para

a reorganização do processo de trabalho nos serviços de saúde com vista a transformações nas formas de agir sobre os fatores que interferem no processo saúde-doença da população a partir de uma maior interação entre os profissionais e as ações que desenvolvem (Costa,2008).

Delineada sob a forma de equipe multiprofissional, a divisão do trabalho em unidades hospitalares, surge como forma de enfrentamento da complexidade inerente às peculiaridades do sistema de saúde, à dinâmica do processo saúde-doença e à dimensão holística do cuidar do paciente (Oliveira, et al,2010).

O trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas



profissionais (Peduzzi, 2001). A equipe deve compartilhar objetivos e objetos de trabalho, e ser orientada para a ampliação da capacidade de direção, com acesso às questões e decisões cotidianas da organização (Guizardi e Cavalcanti,2010).

A força do trabalho em equipe significa trabalhar com diferentes pessoas, com diferentes habilidades e conhecimentos para a gestão de um problema em comum e, desta forma, para que as equipes trabalhem o seu melhor, todos os membros devem compreender as habilidades e potencialidades de cada um dos seus colegas. Alguns fatores têm sido considerados cruciais para o desenvolvimento da comunicação efetiva entre os membros da equipe de assistência à saúde, tais como: contato dos olhos, escuta ativa, confirmação da compreensão da mensagem, liderança

clara, envolvimento de todos os membros da equipe, discussões saudáveis de informações pertinentes (Nogueira,2015).

Segundo o Global Resource Center, biblioteca global de recursos humanos para a saúde, o trabalho em equipe é uma importante intervenção nos cuidados em saúde por diversos motivos, com o envelhecimento da população é cada dia mais comum os pacientes apresentarem diversas comorbidades, necessitando de atenção de diversos especialistas, assim como de nutricionistas, fisioterapeutas, enfim de uma equipe de atenção global; além disso, há necessidade de oferecer atendimento global ao paciente, em todas as suas dimensões e necessidades, e com a especialização do atendimento, aliado ao aumento da complexidade dos atendimentos, geram demandas por equipes de



múltiplos cuidados. O trabalho em equipe reduz o risco de erros, assim como diminui o cansaço e esgotamento dos profissionais, pois estes compartilham a responsabilidade pelo cuidado, os profissionais permanecem mais satisfeitos com o seu trabalho e os pacientes participam ativamente do tratamento, pois a comunicação torna-se mais clara e ampla entre todos.

Esta perspectiva de trabalho multiprofissional está presente em boa parte dos países, refletindo a importância do tema e do seu fortalecimento. Diferenças hierárquicas, poder e conflitos têm influenciado diretamente no modo como a comunicação se estabelece, fazendo com que as categorias profissionais atuem em paralelo, em detrimento do trabalho em equipe (Nogueira,2015).

Sabemos que os profis-

sionais de saúde têm dificuldades de manter uma comunicação que favoreça o trabalho conjunto. Estudos apontam que falhas no trabalho em equipe e na comunicação multidisciplinar tem sido um dos principais fatores que contribuem para os erros médicos, eventos adversos e diminuição da qualidade dos cuidados (Nogueira,2015). Para Costa (2008), o trabalho em equipe necessita de transformação dos processos de trabalho e, na inauguração de novas práticas profissionais, da produção de novos saberes, da formação profissional que promova novas formas de pensar e agir em saúde.

Para Anjos Filho e Souza, 2017, os fatores que dificultam o trabalho em equipe, relatados pelos profissionais envolvidos em seus estudos foram participação de profissionais que realizam ações em desacordo com o



pensamento da equipe; reduzidas ações de educação permanente; demanda excessiva de trabalho; tempo insuficiente para desenvolvimento da reflexão e planejamento do processo de trabalho e organização do serviço; carga horária diferente entre os profissionais, dificultando o encontro entre os integrantes para troca de saberes e práticas; estrutura física inadequada e falta de equipamentos, insumos e materiais; profissionais que não compartilham, totalmente, o cuidado de determinados usuários com os outros colegas por serem técnicos de referência.

A realização da Educação Permanente intervém no processo de trabalho, minimizando demandas que dificultam a melhoria do processo de trabalho, essa iniciativa é relevante para equipe multidisciplinar, é o ponto de partida com intuito de trazer

a qualificação de serviços através das mudanças de práticas e atuação profissional, evidenciando a possibilidade de avaliar as ações desenvolvidas, identificando suas dificuldades e desafios em busca da resolutividade (Nascimento e Silva, 2019).

Salienta-se, em diversas literaturas, que a comunicação eficaz contribui à assistência integral e segura, além de reduzir a ocorrência de erros. No sentido de garantir assistência segura com comunicação e processos efetivos, autores sugerem estratégias de valorização do trabalho em equipe, treinamento com técnicas de simulação de casos com equipes multidisciplinares, identificação das falhas e protocolos de comunicação para aperfeiçoar o processo nas equipes, gestão e rede de atenção. Em relação ao apoio dos gestores, há necessidade de comunicação eficaz en-



tre estes e as equipes, alocação correta de recursos e valorização profissional. Assim, observa-se que o envolvimento e a boa relação dos gestores com as equipes profissionais são refletidos na assistência prestada e na segurança da instituição, reforçando a ideia de que os gestores devem apoiar e empoderar os trabalhadores para o desenvolvimento de cuidados seguros e a promoção da cultura de segurança organizacional (Raimondi, Bernal e Matsuda, 2019).

A literatura nacional e internacional é convergente em relação a importância da capacitação/educação dos gestores, o que pode contribuir para a redução das cargas dos mesmos. Os gestores necessitam estar inseridos no processo de educação permanente, facilitando os processos no gerenciamento das unidades de saúde. Os gestores de-

vem ter autonomia para a tomada de decisões no gerenciamento do território para desenvolver as ações necessárias durante o cuidado aos sujeitos, famílias e comunidade. A autonomia mínima necessária para o desempenho adequado de suas funções indica a necessidade do gestor em atuar em favor de transformações e ter vontade política para buscá-las, além de exercer a liderança, investir no planejamento e na territorialização, fazer uso dos sistemas de informação disponíveis e melhorar a comunicação (Pires et al,2019).

Metodologia

Estudo realizado entre os meses de maio e junho de 2020, através de revisão bibliográfica atual, sobre o assunto Equipes multidisciplinares, sua composição, metodologia e pro-



jetos de melhoria de desempenho aliados a ação dos gestores em saúde afim de elaborar um planejamento estratégico do caso estudado, ou seja, alinhar o desempenho da equipe multidisciplinar ao nível de excelência no atendimento a saúde, utilizando as ações desenvolvidas pelo Mercy Health System, sistema regional de saúde de excelência, contando com tratamento especializado aos pacientes, pensando no bem-estar comum de pacientes, familiares, profissionais e comunidade. As ações por eles desenvolvidas inspiram diversos centros através do mundo.

A revisão bibliográfica utilizou as palavras chaves “ equipes multidisciplinares”, “gestão em serviços de saúde”, “trabalho multiprofissional” e “gestor e equipes multidisciplinares”. Realizamos pesquisa em fontes de pesquisa através do

Google, com atenção a periódicos, livros e sites de divulgação na internet; e Biblioteca LIRN, nesta pesquisamos livros na base de pesquisa Skillsoft Books.

Aplicação no caso em estudo

Tocados pelas ações do Mercy Health System, principalmente pela missão por eles descrita, buscando excelência sem menosprezar as ações dos profissionais de saúde e das equipes multidisciplinares, levou-nos a busca do conhecimento no tema equipes multidisciplinares e a atuação dos gestores em saúde.

A missão deste renomado centro diz : “Nossos fornecedores, enfermeiros e parceiros estão comprometidos em trabalhar juntos para melhorar a vida de nossos pacientes e de suas famílias. tocar vidas revigora, inspira e nos leva a fazer o



nosso melhor, e procuramos continuamente maneiras de tornar cada vida melhor com o máximo cuidado e profissionalismo. Isso pode ser tão complexo quanto um procedimento de ponta ou tão simples quanto um sorriso. Nada é pequeno demais ou é um dado adquirido. Tudo importa. E nunca perdemos uma batalha.”

As equipes multidisciplinares são importantes para o tratamento global da população, assim como para o desenvolvimento de protocolos atuais, valorizando a experiência e conhecimento de cada membro da equipe. Neste enorme quebracabeças devemos lembrar que o gestor da unidade exerce papel fundamental, merecendo apoio e educação continuada. O gestor deve conhecer toda a dinâmica de trabalho da equipe, monitorar as ações desenvolvidas, os resultados das ações implementadas,

assim como ouvir as necessidades e anseios da população e dos pacientes. Mantendo uma estrutura de melhoria contínua do processo.

Para que a equipe multidisciplinar atue de forma harmônica deve-se programar discussões dos casos clínicos dos pacientes atendidos em horário e ambiente propícios, estas ações diminuem a carga de responsabilidade sobre apenas um membro da equipe, aumenta as ações de segurança do paciente, assim como gera satisfação do tratamento proposto pelo paciente e pelos familiares.

Atividades de educação continuada, de forma permanente, devem ser desenvolvidas, discussões de guidelines, criação de protocolos de atendimento, incluindo avaliações periódicas das etapas desenvolvidas, trocas de experiências devem ser esti-



muladas. Desenvolvimento de escuta atenta e programa de comunicação e resolução de conflitos devem fazer parte da temática discutida. Cabe ao gestor organizar os encontros, estimular a participação de todos os membros da equipe, assegurando o treinamento de todos.

Protocolos de maior complexidade podem ser discutidos com uso de metodologias ativas, como a simulação. A simulação pode ser usada para permitir que os profissionais pratiquem conceitos que aprenderam em um ambiente seguro, assim como tem o potencial para ajudar tanto na instrução inicial quanto no reforço do conceito. Atualmente, esse tipo de formação está se tornando amplamente aceita, e publicações científicas estão começando a demonstrar o seu papel para salvar vidas e melhorar resultados, principalmente

em áreas como salas de parto, cirurgias, medicina de emergência, anestesia e medicina intensiva, que podem apresentar condições repentinas, inesperadas e raras, pois exigem resposta coordenada e rápida pela equipe interdisciplinar. O treinamento da equipe baseada em simulações multidisciplinares, com ênfase em temas como liderança, consciência situacional, apoio e confiança mútua, comunicação e o papel de cada membro na equipe. Tais técnicas tem sido desenvolvidas para minimizar ou detectar erros, aperfeiçoar habilidades de trabalho em equipe, treinar/ensaiar procedimentos complicados e identificar lacunas de conhecimento dos profissionais relacionados à sua área de atuação profissional (Nogueira,2015).

Através da simulação esperamos que o treinamento da equipe multidisciplinar possa



iniciar um novo horizonte, novas formas de interação, de comunicação, desenvolvimento de liderança e, principalmente, respeito aos conhecimentos e saberes de cada membro da equipe. A partir deste treinamento a equipe poderá melhorar seu relacionamento cotidiano.

O gestor deve, ainda, realizar reuniões para discussão de metas, apresentando o feedback colhido após o atendimento aos pacientes e familiares, assim como discutir os custos do serviço prestado e formas de melhorar o atendimento, além do gerenciamento da unidade, manutenção e investimentos a serem realizados.

Considerações Finais

Entendemos que as equipes multidisciplinares são o alicerce de um atendimento de

excelência, uma joia a ser cuidada carinhosamente pelo gestor. A equipe gestora cabe a manutenção do trabalho, manutenção, custos e investimentos, devendo ter ciência que o treinamento contínuo também deve fazer parte das suas funções.

Programas de educação continuada devem ser mantidos e estimulados. Providenciar momentos para discussão de casos clínicos, uso de metodologias ativas para treinamento, desenvolvimento de protocolos, escuta ativa e comunicação devem ser estimulados.

Revisão Bibliográfica

Anjos Filho, N. C. D. , & de Souza, A. M. P. (2017). The workers' perceptions about the multiprofessional team work at a Psychosocial Care Center in Salvador,



Bahia, Brazil/A percepcao sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atencao Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil/ La percepción del trabajo en un equipo multidisciplinario de trabajadores en un Centro de Atención Psicosocial en Salvador, Bahia, Brasil. *Interface: Comunicação Saúde Educação*, 21(60), 63+.

Costa,R.K.S.; Enders,B.C.; Menezes,R.M.P. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. *Cienc Cuid Saude* 2008 Out/Dez; 7(4):530-536.

Global Resource Center. Por que o trabalho em equipe nos cuidados de saúde é importante? https://www.hrhresourcecenter.org/HRH_Info_Teamwork.html. Acesso 03/06/2020.

Guizardi F.L, Cavalcanti F.O.L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. *Physis* [online]. 2010, vol.20, n.4, pp.1245-1265.

Nascimento, Dione dos Santos Alves; Silva, Grazielle Roberta Freitas da. Educação permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para a melhoria do processo de trabalho. 2019. 22 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde) - Instituto de Educação a Distância, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde, 2019.

Nogueira, J.W.S.; Rodrigues, M.C.S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enferm.*



2015 Jul/set; 20(3): 636-640

Oliveira,A.M.; Lemes,A.M.; Machado,C.R.; Loyola e Silva,F; Miranda, F.S. Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. vol.10 supl.2 Recife Dec. 2010.

Peduzzi, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública 2001;35(1):103-9

Pires, Denise Elvira Pires de, Vandresen, Lara, Forte, Elaine Cristina Novatzki, Machado, Rosani Ramos, & Melo, Thayse Aparecida Palhano de. (2019). Gestão na atenção primária: implicações nas cargas de trabalho de gestores. Revista Gaúcha de Enfermagem, 40, e20180216. Epub October 03, 2019.

Raimondi,D. C.; Bernal, S.C. Z.; Matsuda, L. M. Cultura de segurança do paciente na ótica de trabalhadores e equipes da atenção primária. Rev. Saúde Pública 53 2019.



A TECNOLOGIA E O “NORMAL” NA ERA CORONAVÍRUS

TECHNOLOGY AND THE “NORMAL” IN THE CORONAVIRUS ERA

Carla Cristina Gularte Liberato¹

Resumo: A Pandemia, embora devastadora em alguns aspectos, propaga-se rapidamente assim como o crescimento tecnológico. Em tempos de isolamento social nunca se aprendeu tanto através de plataformas digitais, trabalhos se reinventam em velocidade ímpar. Pacientes são atendidos em tele-saúde, tecnologia que se destaca neste momento, ferramenta útil para atendimentos inicial ou de seguimento. Monitoramento em tempo real com GPS, plataformas Google, tecnologias vestíveis, uma gama de opções ain-

da sem legislações e coberturas acertadas. Refletindo sobre a sua vida pessoal e profissional, o Coronavírus, com certeza, dividirá nossa existência em antes e depois, e o que era “normal” antes, permanecerá inalterado depois? Reflexões acerca de tecnologia, gestão e desenvolvimento pessoal.

Palavras-chave: HIMSS, tele-saúde, telemedicina, tecnologia.

Abstract : Pandemic, although devastating in some aspects, is

1 Especialista em Cirurgia Vascular. Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal-RO- FACIMED. Coordenadora do Internato Médico



spreading rapidly as is technological growth. In times of social isolation, so much has never been learned through digital platforms, jobs are reinvented at unparalleled speed. Patients are treated in telehealth, a technology that stands out at the moment, a useful tool for initial or follow-up care. Real-time monitoring with GPS, Google platforms, wearable technologies, a range of options still without legislation and correct coverage. Reflecting on your personal and professional life, the Coronavirus, for sure, will divide our existence into before and after, and what was “normal” before, will remain unchanged afterwards? Reflections on technology, management and personal development.

Keywords: HIMSS, telehealth, telemedicine, technology.

INTRODUÇÃO

Estamos vivendo um momento atípico, até a presente data nenhum ser vivo deste planeta possui recordações ou orientações de como sobreviver a uma Pandemia! Espanto, ansiedade, medo, são alguns dos sentimentos que assolam a humanidade. Um vírus de rápida propagação invadiu todos os Países, Estados e Municípios, desafiando os líderes mundiais a tomar iniciativas drásticas para conter o avanço da doença e assim diminuir sua letalidade. Somos obrigados a permanecer em isolamento social há mais de quarenta dias, sem previsão de retorno às atividades, e neste momento de incertezas, principalmente econômicas e financeiras, a tecnologia despena como aliada na transmissão de informações, convenhamos, equivocadas em alguns momen-



tos, assim como na possibilidade de trabalho remoto. Diversas instituições, assim como na que trabalho como Docente do Curso de Medicina, empenhava-se em treinar seus profissionais ao uso de plataforma de ensino virtual para divulgação de planos de ensino, cronograma e materiais de apoio, posto que até a Pandemia as aulas no formato virtuais eram proibidas para o Curso de Medicina no Brasil. Em uma semana pude ver o empenho de todos os discentes, todos, sem exceção, e acredite, os mais idosos também, porque em nosso quadro funcional possuímos professores experts em suas áreas de atuação já próximos de suas aposentadorias e alguns já gozando da mesma. Fique literalmente boquiaberta quando estes colegas mais experientes inovaram com videoaulas postadas em You tube, e eu, acreditando que minha meia idade,

não conseguiria tal façanha, fui orientada por eles a realizar as mesmas postagens.

É foi necessário um vírus, o Covid -19, pequeno em tamanho, enorme em disseminação, subestimado por muitos, aterrorizante para outros; mostra-nos que o dito “normal” que vivenciávamos não era assim, tão “normal”..... Em isolamento social pudemos nos aproximar de nossas famílias, que de certa forma a tecnologia afastou com o desenvolvimento de redes sociais e conversas por whats app. Foi necessário conhecer o medo da morte e da perda, sentimentos angustiantes, para que mesmo em cidades longínquas pudéssemos nos aproximar por videoconferência.

Nossos queridos pacientes, abatidos por suas patologias de base, muitos em tratamento por doenças infecciosas, no meu



campo de atuação, a Cirurgia Vascular, não puderam comparecer as suas consultas ou revisões. E como trabalhar no momento de crise e isolamento, pois dependemos dele para sobreviver? Quais as possíveis implicações da doença nos doentes crônicos? pois meus pacientes, em sua maioria, são dos grupos de risco.

Através dos estudos realizados para o Mestrado na disciplina de Quality Improvement using Health Informatics, pudemos vislumbrar formas de sobreviver em meio a crise. Analisando diretrizes nacionais e internacionais fomos capazes de reinventar os atendimentos.

Discutirei a seguir tópicos sobre o uso de tecnologia em meio a epidemia do Covid-19 assim como a telemedicina, analisando cenários nacionais e internacionais.

MÉTODO

Com o objetivo de escrever sobre um artigo de opinião a respeito do uso da tecnologia na saúde e como o comportamento do Gestor em saúde influencia o desenvolvimento do trabalho em equipe tendo a tecnologia como aliada. Realizando análise sobre a tecnologia utilizada na Gestão em saúde, contamos com a renomada organização Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS) e suas publicações recentes como fonte de pesquisa, pelo site <https://himss.org>, na aba notícias. Entre as diversas publicações existentes voltei meu olhar ao uso da tecnologia durante a pandemia de Covid-19. Buscando por publicações recentes entre dezembro de 2019 a abril de 2020. Listei diversos artigos e selecionei o tema de telemedicina e como o uso da



tecnologia tornou-se aliada neste período de crise mundial.

DESENVOLVIMENTO

Quando percebemos a real dimensão dos impactos da Pandemia pelo Covid-19 pudemos avaliar a real necessidade do uso das tecnologias e como poderiam ser nossas aliadas diariamente. Fragilizados pelo distanciamento social, pela necessidade de mudança de ritmo e ambiente de trabalho, pelas drásticas mudanças econômicas e financeiras iminentes, nos demos conta da fragilidade humana no contexto diário. Embora existam calorosas discussões religiosas neste ínterim, especulações e previsões a todo momento aterrorizam a população, aumentam a ansiedade e a incerteza.

Empresas se reinventaram, escolas e universidades

estão a todo vapor utilizando ambientes virtuais de ensino, e durante pouco mais de trinta dias aprendemos o uso racional e consciente da tecnologia, como realmente ela nos auxilia em diversos cenários, tanto de trabalho, quanto de estudo, como de interação pessoal.

Acredito que todo contexto, assim que resolvido, deixará a impressão de que o anteriormente “normal” não era tão bom assim, construiremos o novo “normal”, pós pandemia, reforçado em interação comunitária, onde a nossa ação é capaz de modificar o coletivo, onde o contato interpessoal pode ser de qualidade mesmo estando fisicamente longe, onde as formas de aprendizado serão mistas, entre presencial e virtual, com valorização de performances virtuais anteriormente discriminadas. Experiências em Educação a



Distância nunca foram tão discutidas, quantos web binares participei, quantas atualizações virtuais e ainda gratuitas, porque não manter isso de forma constante? Informação de qualidade deve ser compartilhada entre as pessoas, independente de sua condição financeira!

Conforme avaliação dos textos dispostos no site do HIMSS, interessei-me por um texto em especial, analisando os pontos fracos e fortes do uso da tecnologia em período de Pandemia. Vasileios Nittas, em 07 de abril de 2020, descreve “A velocidade sem precedentes do SARS-CoV-2 (COVID-19) fez o mundo perceber rapidamente que a única maneira de evitar um acidente frontal é um freio de emergência temporário. À medida que desaceleramos e permanecemos em casa, o novo coronavírus varre as comunidades, desestabiliza os

meios de subsistência e força um novo ‘normal’. Um novo normal que requer distância e disciplina. Sim, estamos todos juntos nisso; e sim, é responsabilidade de todos salvar vidas, proteger os vulneráveis, proteger os que estão na linha de frente desta batalha e, finalmente, garantir que nossos sistemas de saúde não entrem em colapso. À medida que o mundo desacelera, a demanda por eSaúde está se tornando viral; e está acontecendo rápido e globalmente. As soluções digitais, como telemedicina e monitoramento on-line de saúde, estão mudando rapidamente de um caminho de adoção anteriormente lento para um ritmo recorde de aceitação. Enquanto o novo normal temporário se instala, a digitalização de nossos serviços de saúde está sendo colocada em um teste difícil e revelador; finalmente, mostrando os pontos fortes e fra-



cos das atuais infraestruturas de eSaúde”.

No Brasil a telesaúde e a telemedicina estão sendo utilizadas neste período de pandemia, com a preocupação iminente e imensa de segurança de dados, pessoalmente não experimentei ainda esta ferramenta, pertencendo a um grupo de profissionais mais “conservador” eu diria, mas não descredito, acho que quando bem utilizado funciona, principalmente em retornos para ajuste de medicações ou ainda monitoramento de dados clínicos, posto que ainda não possuímos dispositivos vestíveis para uso de pacientes. Operadoras de planos de saúde nacionais discutem a liberação de tal ferramenta, assim como o seu pagamento, sendo que a maioria ainda não cobre tal atividade, assim como as Operadoras norte-americanas, conforme David Gray, em 18 de

março de 2020 descreve “O Congresso e os Centros de Serviços Medicare e Medicaid (CMS) devem tomar medidas para equipar os provedores e beneficiários do Medicare com uma ampla gama de ferramentas. O HIMSS e a PCHAlliance juntaram-se a outras partes interessadas ao pedir que o Congresso aprovasse a Seção 9 da Lei CONNECT for Health de 2019 (S. 2741 / HR 4932), que habilitaria o Secretário de Saúde e Serviços Humanos a renunciar às restrições de telesaúde para os beneficiários do Medicare durante emergências nacionais e de saúde pública”, enfrentando ainda disposições contrárias e resistentes por Operadoras privadas de saúde, semelhante ao que ocorre no Brasil. Este autor ainda enfatiza que a telesaúde é uma ferramenta importante neste contexto pois aproxima os pacientes de lugares remotos re-



cebam assistência, assim como os pertencentes ao grupo de risco e os idosos, lembrando que a geração mais experiente é, muitas vezes, avessa a tecnologia.

Segundo David Gray, 2020, “A telessaúde é uma ferramenta valiosa para os provedores rastrearem os pacientes, responderem a perguntas e fazerem recomendações, e aliviarem o fardo da prestação de cuidados diários, para que médicos e hospitais possam se concentrar em pacientes críticos e de alto risco, além de limitar o risco de expor outras pessoas ao vírus. Os provedores também podem aproveitar a telessaúde para tratar pacientes, independentemente da localização geográfica, ajudando igualmente os pacientes rurais e urbanos”. Corroborando com as impressões descritas acima.

Preocupados com a aceitação da telessaúde pelos pa-

cientes, John Sharp, Diretor, Assessoria de Pensamento, Personal Connected Health Alliance; HIMSS, elaborou um Guia para o paciente que será atendido no regime de telemedicina. Com reflexões importantes, este autor enfatiza “Mas qual é a melhor maneira de um paciente ou cuidador familiar se preparar para uma visita em vídeo, especialmente na primeira vez? Você pode querer saber se o seu seguro cobrirá uma visita de telemedicina. Isso depende do seu seguro. Enquanto o Medicare expandiu a cobertura para visitas de telessaúde, as seguradoras privadas variam com esse benefício. Você também pode estar preocupado com a segurança das informações de saúde que compartilha na ligação. O provedor de telessaúde provavelmente registrará suas informações em um prontuário eletrônico de saúde, que é man-



tido com segurança pelo sistema de saúde. Por fim, convém saber se uma visita de telemedicina é tão eficaz quanto uma consulta pessoal com um médico. Existem limitações para uma visita de telesaúde - o médico não pode tocar seu corpo ou ouvir seu coração ou pulmões. No entanto, você poderá descrever adequadamente muitos sintomas para ajudar seu médico a decidir se você precisa estar pessoalmente". Após análise do texto deste autor, seguindo com orientações claras e concisas a pacientes como anotar seus sintomas, data de início, se houve piora e melhora, comorbidades, tratamentos anteriores, medicações em uso e dados monitorados anteriormente como medida de pressão arterial e glicemia, quando cabíveis, descreve como os pacientes devem se portar a frente do profissional e do sistema, assim como o local

domiciliar escolhido pelo paciente, orienta, inclusive, que o equipamento tecnológico deve estar carregado adequadamente! Frente a esta descrição me perguntei: Porque não criar uma forma de explicação clara e concisa como essa, enquanto o paciente aguarda em "sala de espera" virtual pela consulta em telesaúde? ao agendar a consulta o paciente recebe as orientações, assim como quando vai a consulta presencial, por necessidade em tempos de pandemia conforme orienta a Organização Mundial de Saúde e as autoridades locais da minha comunidade, ou seja, venha próximo de seu horário, acompanhantes apenas se necessário, e apenas um por paciente, venha de máscara, não traga crianças; pacientes idosos ou em grupo de risco são atendidos em horários pré-estabelecidos e diferenciados, contamos com recepção



isolada para pacientes de risco, orientamos o uso de álcool em gel frequentemente assim como a lavagem das mãos.

Muitos pacientes não concordarão com esse tipo de atendimento, outros mostrar-se-ão desconfiados, assim como os profissionais, grupo do qual faço parte. Eu, pessoalmente, não tenho problemas quanto a segurança de plataformas ou de informações, pois já utilizo prontuários eletrônicos há mais de dez anos, mas me questiono sobre a eficácia do método. Poder realizar teleconsultas neste momento também é uma forma de aprender sobre sua utilização e experimentar o que ela pode trazer de benefícios ou não. Pensarei mais sobre isso.

Diversas experiências já validadas são importantíssimas neste momento de crise, o fornecedor de TI Sykes recente-

mente pesquisou 2.000 adultos de todo os Estados Unidos para avaliar suas percepções e experiências com telessaúde na era COVID-19. a maioria dos entrevistados conhece a telessaúde, apenas 19% já a utilizaram. Desse grupo, 25 % dos usuários são adultos jovens entre 25 e 34 anos. Alguns entrevistados relataram aversão a tecnologia, mais de 35% destes possuíam mais que 55anos. Entre os pacientes que já experimentaram, a maioria sentiu-se satisfeita, programando novas experiências no futuro, cerca de 60%. (Siwicki, 2020).

Diversos resultados positivos, e a opção de utilizar a tecnologia neste momento será um divisor de águas para o momento pós-Covid -19. Embora existam muitos entusiastas pelo tema e inegável fortalecimento da tecnologia neste momento, muitos, como eu permanecem céticos,



segundo Siwicki, “O ceticismo em relação à qualidade do atendimento e aspectos do relacionamento médico-paciente foram motivadores-chave para aqueles que não considerariam uma futura visita à telessaúde. Mais de 40% dos entrevistados estavam preocupados com a capacidade de obter tratamento adequado ou um diagnóstico em um ambiente virtual”. Quando o pesquisador arguiu sobre a telessaúde em tempos de Pandemia, os resultados foram esmagadores, cerca de dois terços dos entrevistados optariam pelo acesso remoto aos serviços de saúde para possível diagnóstico do Covid -19. Devido a estas preocupações, principalmente no aspecto da relação médico paciente, o HIMSS em conjunto com a Forrester anunciaram, em dezembro de 2019, uma parceria de pesquisa para investigar a evolução da relação

médico-paciente digital. O intuito da pesquisa será a adoção da tecnologia digital de saúde, as estratégias emergentes para medir e gerenciar a experiência do paciente, bem como a exaustão do médico, no atual ambiente de atendimento de saúde cada vez mais digital.

Impressionados com o avanço tecnológico? Que tal eu te contar que através de ferramentas virtuais o Google pode monitorar casos de Covid-19 em tempo real? Não acredita? Veja a descrição de Dave Muoio em 06 de abril de 2020, no texto Google mobiliza dados de rastreamento de localização para ajudar especialistas em saúde pública a monitorar a disseminação do COVID-19, publicado no site mobihealthnews, sendo capaz de monitorar viagens de casos suspeitos em tempo real, evitando assim a disseminação do vírus,



com consentimento prévio do usuário; este autor cita “Vários países já começaram a investigar, ou implementaram, esforços baseados em telefones celulares para rastrear a disseminação do coronavírus entre seus cidadãos. O FDA destacou que a fiscalização por rastreamento de contatos e isolamento doméstico usando tecnologia como rastreamento por GPS em aplicativos para celular são componentes potenciais de uma resposta robusta ao coronavírus”.

Além da tele saúde e da telemedicina, ainda pauta de discussões calorosas, outras tecnologias tem se mostrado úteis em meio a Pandemia. Dispositivo móveis, dispositivos vestíveis (wearables), monitoramento por aplicativos, permitem que pacientes com doenças crônicas, considerados de maior risco a exposição, com indicação de

isolamento permanente devem manter seus tratamentos mesmo que a distância. A exposição destas pessoas em consultórios médicos ou pronto-atendimentos potencializa a contaminação. É sabido que a doença viral causa diversas repercussões a nível cardiovascular com injúria cardíaca, descompensação de doenças anteriormente controladas, a reação inflamatória causada pelo vírus provoca estado transitório de trombofilia, aumentando o risco de eventos cerebrovasculares e cardiovasculares em pacientes portadores de fatores de risco adicionais. Manter o monitoramento destas pessoas é fundamental, tanto para os infectados como para os soronegativos. Não há ainda tratamento específico para a doença viral, assim como vacinas, comprovado foi que o isolamento social e o reforço da higiene são fundamentais neste



período.

Sem dúvida a Pandemia deixará um legado após a sua resolução, o uso da tecnologia será cada vez mais frequente, e através dela pudemos fazer bom uso e resolver muitos problemas anteriormente existentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descrição anterior de normalidade, assim como presente no dicionário, descrita por Aurélio como “natural, comum e usual” será reinventada e reinterpretada. Valores outrora dispensados, rejeitados e digo até marginalizados, parte pelo avanço tecnológico, mas principalmente pelo distanciamento interpessoal, será revisto. Façamos um exame de nossos hábitos pessoais e de trabalho. Avalie como esse período em casa, com a família pode ser benéfico, como podemos nos

reinventar no trabalho, como sobreviver com o medo e ansiedade constantes. Mudanças de um contexto pessoal e social, aprenderemos, a duras penas, a viver em comunidade e valorizar o bem comum. Enaltecer os avanços tecnológicos deve ser um fato importante, principalmente aos céticos, como eu. Tenho a cada dia aprendido ainda mais sobre os temas, refletido e de certa forma aceitando aos poucos a tecnologia como parte do cotidiano profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gray, D. (2020, 18 de março). Tele-saúde no centro das atenções da COVID-19. Obtido em <https://www.himss.org/news/telehealth-covid-19-spotlight> acesso 07/04/2020.



Intercâmbio de Informações em Saúde HIMSS. (2020, 16 de março). Melhorando a qualidade do atendimento por meio da informação e da tecnologia. Obtido em <https://www.himss.org/news/improving-quality-care-through-information-and-technology> acesso 10/04/2020.

Lerer, A. (2020, 23 de março). Estados-Membros adotam ações extensivas de TI em saúde no COVID-19. Obtido em <https://www.himss.org/news/states-take-extensive-health-it-actions-covid-19> acesso 07/04/2020.

Lerer, A. (2020,01 de abril) Unidos Combatendo o COVID-19 usando informações e tecnologias. Obtido em <https://www.himss.org/news/states-covid-19-information-technology> acesso 07/04/2020.

Lovett, L. (2020,06 de abril). Novo desafio COVID-19 do MIT busca soluções de hackers em casa. Obtido em <https://www.mobihealthnews.com/news/new-covid-19-challenge-out-mit-seeks-solutions-hackers-home> acesso 07/04/2020.

Muoio, D. (2020, 06 de abril). Google mobiliza dados de rastreamento de localização para ajudar especialistas em saúde pública a monitorar a disseminação do COVID - 19. Obtido em <https://www.mobihealthnews.com/news/google-mobilizes-location-tracking-data-help-public-health-experts-monitor-codi-19-spread>. acesso: 07/04/2020.

Nittas, V. (2020, 07 de abril). Quando a saúde em linha se torna viral: os pontos fortes e fracos da tecnologia em saúde duran-



te o COVID-19. Obtido em <https://www.mobihealthnews.com/news/europe/when-ehealth-goes-viral-strengths-and-weaknesses-health-tech-during-covid-19> acesso 07/04/2020.

Porter, S. (2020, 06 de abril). Israel se beneficiando da estrutura digital de saúde, serviço de texto de bem-estar para pacientes com COVID-19 e mais resumos de notícias. Obtido em <https://www.healthcareitnews.com/news/europe/israel-benefiting-digital-health-structure-wellbeing-text-service-covid-19-patients-and>

Sharp, J. (2020, 25 de março). Guia do paciente para telemedicina: O que fazer quando o seu médico liga ou conversa com você por vídeo. Obtido em <https://www.himss.org/news/patients-guide-telemedicine> acesso 07/04/2020.

Siwicki, B. (2020, 03 de abril).

Pesquisa: percepções dos americanos sobre telessaúde na era COVID-19. Obtido em <https://www.healthcareitnews.com/news/survey-americans-perceptions-telehealth-covid-19-era>



**ENFERMAGEM VERSUS ABSENTEÍSMO LABORAL
À LUZ DA LITERATURA**

**NURSING VERSUS ABSENTEEISM IN THE LIGHT
OF LITERATURE**

Telma Ribeiro Maciel¹

Yanca Santos Silva²

Maria Emília Cirqueira Silva³

Tayla Xavier Carneiro Dias (in memoriam)⁴

Adriele Natiane da Costa Silva⁵

Lorena Moura de Assis Sampaio⁶

Caroline Ramalho Galvão⁷

Lyvia Mirelle Carneiro de França⁸

Magno Conceição das Mercês⁹

Julita Maria Freitas Coelho¹⁰

1 Enfermeira pela Faculdade Anísio Teixeira, Feira de Santana – BA

2 Enfermeira pela Faculdade Anísio Teixeira, Feira de Santana – BA

3 Discente da Faculdade Anísio Teixeira, Feira de Santana – BA

4 Enfermeira pela Faculdade Anísio Teixeira, Feira de Santana – BA

5 Enfermeira pela Faculdade Anísio Teixeira, Feira de Santana – BA

6 Doutoranda em Difusão do Conhecimento pela Universidade Federal da Bahia, Salvador – BA

7 Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana,

8 Doutoranda em Difusão do Conhecimento pela Universidade Federal da Bahia, Salvador – BA

9 Discente da Universidade do Estado da Bahia

10 Discente do Instituto Federal da Bahia, Campus Simões Filho –



Alexsandro Figuerêdo de Souza¹¹

Resumo: O absenteísmo é um importante indicador, não só de perfil de adoecimento, como também da situação e organização do trabalho e da motivação e satisfação dos trabalhadores. A crescente taxa de absenteísmo no mundo, pode gerar sobrecarga dos demais funcionários. Assim, diante do aumento desse padrão de ausência laboral, o profissional de enfermagem do trabalho pode contribuir para diminuição do absenteísmo, focando na qualidade de vida do trabalhador. Nesse sentido, esta pesquisa teve como objetivo destacar a importância da atuação do enfermeiro frente ao absenteísmo, considerando a identificação dos fatores desencadeadores desse padrão habitual de ausência no ambien-

te laboral que possam ocasionar prejuízos, tanto para o empregador quanto para o funcionário. Para tanto, o método utilizado foi uma revisão bibliográfica para que se pudesse fazer uma reflexão acerca das ausências no trabalho versus a enfermagem. Foi possível observar que o absenteísmo apresenta caráter gerencial, complexo e oneroso. Contudo, pode ser solucionado com a atuação do enfermeiro no ambiente laboral. versus a enfermagem. Foi possível observar que o absenteísmo apresenta caráter gerencial, complexo e oneroso.

Palavras Chaves: Absenteísmo; Enfermeiro do Trabalho; Saúde; Qualidade de Vida.

BA

11 Especialista em Saúde Pública pela Faculdade Nobre, Feira de Santana – BA



Abstract: Absenteeism is an important indicator, not only of illness profile, but also of the situation and organization of work and of the motivation and satisfaction of workers. The increasing rate of absenteeism in the world, can generate overload for other employees. Thus, in view of the increase in this pattern of absence from work, the nursing professional at work can contribute to reducing absenteeism, focusing on the quality of life of the worker. In this sense, this research aimed to highlight the importance of the nurse's performance in the face of absenteeism, considering the identification of the factors that trigger this habitual pattern of absence from the work environment that can cause losses, both for the employer and the employee. To this end, the method used was a bibliographic review so that one

could reflect on absences at work versus nursing. It was possible to observe that absenteeism has a managerial, complex and costly nature. However, it can be solved with the nurse's work in the workplace.

Keywords: Absenteeism; Work nurse; Health; Quality of Life

INTRODUÇÃO

O absenteísmo é caracterizado pela ausência do funcionário no trabalho, seja por faltas, atrasos ou saídas justificadas e não justificadas. Esse padrão habitual de ausência pode ocasionar prejuízos, tanto para o empregador quanto para os funcionários, como por exemplo: (I) incremento de custos trabalhistas para a empresa; (II) necessidade do cumprimento de horas extras dos funcionários; (III) sobrecarga de



atividades para os funcionários presentes no setor de trabalho e, (IV) atraso no prazo de entrega dos produtos, com subsequente perda do cliente (Mota; Martins, 2018).

Além de afetar a eficácia organizacional, o absenteísmo interfere na produtividade, gerando custos extras, prejuízos no trabalho em equipe e reduz a quantidade e qualidade do material que é produzido (Maciel et al., 2011). Essas consequências podem ser percebidas na saúde do trabalhador, uma vez que podem alterar sua saúde física e psicológica, influenciando negativamente na qualidade de vida desse indivíduo (Pinho, 2014).

A crescente taxa do absenteísmo no mundo corporativo pode ocasionar uma sobrecarga laboral, dos demais funcionários. Este desequilíbrio reflete na saúde destes funcionários, gerando

um ciclo vicioso de absenteísmo (Flores et al., 2016). No ambiente de trabalho, o absenteísmo pode desencadear uma série de doenças, e as mais comuns são: Lesão por Esforço Repetitivo (LER), Doenças Osteomusculares Relacionada ao Trabalho (DORT), antracose, bissinose, surdez temporária ou permanente induzida por ruído, dermatites, câncer de pele, siderose, catarata, doenças por função, doenças psicossociais e asma ocupacional (Souza et al., 2017).

O absenteísmo se enquadra na temática “Saúde do trabalhador”, a qual compreende um corpo de práticas de teorias interdisciplinares englobando técnicas sociais, humanas e interinstitucionais desenvolvidas por diversos atores, cujo propósito central é a prevenção primária de acidentes de trabalho e das doenças relacionadas ao trabalho



(Lino et al., 2012). Ressalta-se que o enfermeiro ocupacional é responsável pela gestão de pessoas e a segurança do trabalhador, respeitando sempre as convicções éticas, culturais, espirituais e empresariais (Rogers, 1997).

Diante disto, torna-se imprescindível a investigação sobre a atuação dos profissionais de enfermagem na promoção da qualidade de vida do trabalhador, diante dos fatores desencadeadores do absenteísmo. Assim, destacar a importância da atuação do enfermeiro frente ao absenteísmo, considerando a identificação dos fatores desencadeadores desse padrão habitual de ausência no ambiente laboral.

ABSENTEÍSMO VERSUS LER/DORT

As LER/DORT são definidas como lesões que podem

acometer os músculos, tendões, fâscias ou nervos de forma individual ou conjunta, além de qualquer sistema orgânico que possa estar sendo utilizado de forma biomecanicamente incorreta (Porto, 2003). As mesmas representam importantes doenças causadoras do absenteísmo laboral, e promovem inaptidão laboral, temporária ou permanente, ocasionadas pela combinação de sobrecarga do sistema osteomuscular com a falta de tempo para a recuperação. Além disso, esses agravos sofrem influência marcante sobre a dor, a incapacidade e o resultado do tratamento versus o próprio comportamento do indivíduo acometido (Augusto et al., 2008). Isso é particularmente relevante considerando que uma vez que o afastamento do trabalho da faixa etária economicamente ativa impacta tanto social com economicamente. Isso



envolve consequências físicas e psicológicas negativas a trabalhadores, bem como maior ônus financeiro às despesas de saúde pública e previdenciárias, dado que o trabalhador estaria dependente de benefícios previdenciários e precocemente incapacitado para o exercício pleno de suas atividades (Santos; Barreto, 1998; Lacerda et al, 2005).

ABSENTEÍSMO LABORAL E SEXO FEMININO

O absenteísmo é considerado como agregador potencial de grandes prejuízos para as empresas, e a ausência no trabalho não decorre, apenas, por motivos de doenças, mas de atrasos, faltas e saídas justificadas e sem justificativas no ambiente de trabalho (Penatti; Zago; Quelhas, 2006). De acordo com o estudo de Gio-

mo et al. (2009), as causas mais comuns do absenteísmo são agravos à saúde como licença, gravidez, acidentes de trabalho, razões de caráter familiar, possuir mais de um vínculo empregatício e faltas injustificadas. Ainda é referido por esses últimos autores que o absenteísmo mostra-se como um problema que gera intensa preocupação para o universo do trabalho, em qualquer ambiente institucional, e tal condição é consequência de licenças médicas solicitadas pelos trabalhadores.

Estudos têm demonstrado uma maior prevalência do sexo feminino nesta condição de ausência no processo de trabalho, este fato pode ser justificado em virtude de que as mulheres, em sua maioria, que atuam no mercado de trabalho são responsáveis pelas atividades domésticas e pelos cuidados com os filhos



e ainda ganham menos que os homens (Martinez; Latorre; Fischer, 2009. Alves; Godoy, 2001; Costa; Vieira; Sena, 2009; Fugulin; Gaidzinski; Kurcgant, 2003, Gehring Junior et al., 2007; Silva e Marziale, 2002.

Ou seja, tal absenteísmo feminino é influenciado pela sua supracitada inserção no mercado de trabalho, o que se soma às suas atividades domésticas e pelos cuidados com os filhos. Logo, a sobrecarga influencia no estado de em que chegam para trabalhar nos serviços, vez que já são muito solicitadas pelos afazeres de casa, o que resulta em maior risco de adoecimento e absenteísmo no trabalho (Capos; Juçiane; Palhares, 2009). Além disso, também contribui para faltas no trabalho, o fato de que as mulheres, em média, vão mais a serviços de saúdes, em uma proporção de 1,9 vezes mais do que o homem

(Leão et al., 2015).

ABSENTEÍSMO LABORAL, FAIXA ETÁRIA E ENFERMAGEM

Outro quesito observado no estudo de Marques et al. (2015) se refere à faixa etária. Foi notado que, foi que, independente do sexo do funcionário, a maior frequência de afastamento laboral foi registrada em trabalhadores na faixa etária de 41 a 50 anos de idade (35,9%) A maior ocorrência de absenteísmo é em decorrência de doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (19,70%), e dos transtornos mentais e comportamentais (18,04%). É válido também destacar que a enfermagem tem se mantido feminina em todos os níveis, a despeito do aumento contingencial (Stolaeski; Teston; Kolhs, 2009). Isso evidencia o papel do enfer-



meiro para o reestabelecimento do paciente, a fim de que possam enfrentar as condições físicas e psicológicas do trabalhador em decorrência da ausência no espaço laboral. Logo, as profissionais de enfermagem do sexo femininos serão mais acometidas em números absolutos que os do sexo masculino. Nesse contexto, deve-se considerar que a enfermagem ao exercer um padrão de atendimento qualificado representa um papel relevante nesse processo de atendimento dos pacientes.

É válido salientar que a promoção da saúde no ambiente de trabalho é de suma importância para a qualidade de vida do trabalhador, afinal, o espaço laboral, representa um ambiente único, pelo fato do trabalhador passar a maior parte do dia neste ambiente. Desta forma, neste ambiente os colaboradores podem receber orientações voltadas para

a promoção e proteção à saúde mediante realização de ações de higiene, medicina e segurança do trabalhador em geral, que possam ser úteis à promoção de campanhas de saúde (Hitz, 2010; Guevel, 2015; Lopes et al., 2015).

Diante do exposto, depreende-se que a atuação do enfermeiro inicia na identificação dos problemas que atingem o trabalhador, e continuam na elaboração de ações educativas e administrativas que possam envolver proteção contra agentes químicos, físicos e biológicos. Destarte, elucidar sobre medidas de conscientização dos gestores quanto a valorização do profissional a fim de ter um resultado positivo em todos os aspectos (ANENT, s/d). Por fim, de acordo com Fracoli; Bertolozzi (2001), atuar na promoção e prevenção da saúde, de uma forma geral, envolve o conhecimento de se



saber valorizar o ser humano em sua integralidade, além de contribuir na redução de acidentes e doenças do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa promoveu uma grande reflexão quanto às inferências das condições do trabalho na saúde do trabalhador, que refletem no absenteísmo de muitos profissionais, principalmente por conta de determinadas doenças advindas da função exercida. O absenteísmo apresenta caráter gerencial, complexo e oneroso. Contudo, pode ser solucionado com a atuação do enfermeiro no ambiente laboral.

A partir da literatura consultada, é possível denotar que o absenteísmo precisa ser analisado enquanto problema crucial para as organizações por ser uma questão multicausal, que

está ligado a diversos fatores, o que torna o absenteísmo complexo e de difícil gerenciamento para quem não percebe a importância do enfermeiro do trabalho no espaço laboral. Logo, frente à relação do custo-benefício, a assistência do enfermeiro no processo saúde/trabalho é nitidamente positivo, vez que contribui com maior segurança para o trabalhador, tendo em vista que este desenvolverá melhor desempenho.

O papel do enfermeiro ocupacional frente à redução do absenteísmo laboral, principalmente para funcionários do sexo feminino, vai além da sensibilização dos colaboradores, e do desenvolvimento de medidas preventivas na realização de determinadas atividades laborais, na execução e frequência de movimentos repetitivos, na identificação da musculatura e segmen-



tos do corpo mais utilizados pelo trabalhador, auxiliar na compreensão da existência de sobrecarga estática.

Dessa forma, este trabalho pode ser útil para novas estratégias empregadas no intuito de que o profissional de enfermagem, possa melhor compreender a importância do trabalho com qualidade, e da importância de medidas que contribuam na modificação da realidade quanto ao absentismo.

Agradecimento: Todo o esforço depositado nesse trabalho é dedicado a amiga e colega Tayla Xavier Carneiro Dias (in memoriam), que foi um exemplo de caráter e dignidade.

REFERÊNCIAS

ANENT. Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho [homepage na internet]. Competên-

cias do Enfermeiro do Trabalho. s/d. Disponível em: <https://anent.org.br/competencias/#:~:text=presta%20primeiros%20socorros%20no%20local,5>. Acesso em 15 de janeiro de 2020.

Augusto, V.G., Sampaio, R.F., Tirado, M.G.A. et al. (2008). Um olhar sobre as LER/DORT no contexto clínico do fisioterapeuta. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. São Carlos, v. 12, n. 1, p. 49-56, jan./fev.

Flores, L. I., Vilele, L. O, Borelli, A. M. et al. (2020). Absenteísmo enquanto indicador para o processo de gestão de pessoas nas organizações e de atenção à saúde do trabalhador. *Revista Laborativa*, v. 5, n. 2, 2016.

Francoli L. A, Bertolozzi, M. R. (2001). A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do



coletivo. Manual. de enfermagem. [S.l: s.n.], São Paulo: USP.

GIL, A. C. (2002). Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Editora Atlas.

Giomo, D. B., Freitas, F. C. T de., Alves, L. A. et al. (2009). Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. Revista de Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, v. 17.

Guevel, M., Codina, M., Pommier, J. et al. (2015). Disability and quality of life a twork: na exploratory research in the French public sector. Eur. J. Public. Health, v. 25, n. 3, out.

Hitz, C. J. (2010). Qualidade de Vida no Trabalho - A satisfação dos funcionários da agência do Banco Alfa. Porto Alegre: UFR-

GS, 2010, TCC (Graduação em Administração); Universidade Federal do Rio Grande do Sul..

Lino, M. M., Nora, P. T., Lino, M. M. et al. (2012). Enfermagem do trabalho à luz da visão Interdisciplinar [Occupational. Health Nursing Under the Interdisciplinary View]. Saúde & Transformação Social/Health & Social. Change, v. 3, n. 1, p. 85-91.

Lopes, A. N., Duch, F. F., Brito, R. M., Jesus, R. L. (2015). Meio ambiente de trabalho equilibrado como instrumento de proteção da saúde do trabalhador e de toda a coletividade. Direito em Foco, Edição nº: 07.

Maciel, J. C., Fornari, J. V., Barnabé, A. S. et al. (2011). Absenteísmo em empresa privada: avaliação da incidência e levantamento dos principais motivos



- associados com o afastamento do trabalho. *Revista Saúde em Foco*, Amparo, v. 1, n. 3.
- Martinez, M. C., Latorre, M. R., Fischer, F. M. (2009). Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.43, n 03.
- Mota, R. A., Martins L. M. (2018). Promoção da saúde ocupacional para redução dos índices de absenteísmo. *Revista Ideias e Inovação-Lato Sensu*. v. 4, n. 3, p 23.
- Parra, M. T. (2003). Ações administrativas dos enfermeiros, diante do absenteísmo na enfermagem em um hospital universitário. 171 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Penatti, I., Zago, J. S., Quelhas, O. (2006). Absenteísmo: as consequências na gestão de pessoas. In: III SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia.
- Pinho, L. F. S. V. (2014). Cultura e clima organizacional: as causas do absenteísmo visto como efeito e não como causa do comportamento organizacional. *REA Revista Eletrônica de Administração*, v. 13, n. 2, p. 194-210.
- Porto, F. A. (2003). LER/DORT - Ponto de Vista. *Doenças Profissionais: Uma Questão Dolorosa a ser Equacionada*.
- Rogers, B. (1997). *Enfermagem do Trabalho: conceitos e prática*. Lisboa: Lusociência.
- Souza, A. R. S., Felipe, J. S.,



Alcalde, E. de A. et al. (2017).
Risco ocupacionais: Impactos na
saúde do trabalhador, uma análise
no município de Três Lagoas /
MS. Revista Conexão Eletrônica,
v. 14, n. 1, p. 1333 – 1345.



OTIMISMO TRÁGICO DE FRANKL: ANÁLISE DO RELATO DE UM PACIENTE ONCOLÓGICO

FRANKL'S TRAGIC OPTIMISM: ANALYSIS OF THE REPORT OF A CANCER PATIENT

Mariana Couto Assis¹

Resumo: O artigo analisa a tríade trágica, trazida por Frankl na Logoterapia, no relato verídico dos últimos dias de paciente oncológico terminal, na obra “Claro como o dia”, de Eugene O’Kelly, principal autor e protagonista. Foi realizada uma revisão não sistemática da literatura produzida na abordagem sobre o tema. Na análise, enfatiza-se a atitude positiva frente aos componentes da tríade – dor, culpa e morte –, como resposta adequada às provocações da vida, podendo-se transformá-los em mudanças pessoais construtivas. Trata-se,

então, da tríade, como otimista, por ser oportunidade para atualização de potencialidades e crescimento.

Palavras chaves: Tríade trágica. Eugene O’Kelly. Atitude. Crescimento

Abstract: The article analyzes the tragic triad, brought by Frankl on Logotherapy, on the true story of cancer patient’s last days, in the book “Chasing the daylight”, by Eugene O’Kelly, main author and protagonist. It was performed a non-systematic re-

1 Especialista em Avaliação Psicológica e Psicologia Hospitalar



view of literature produced in the approach about the subject. The analysis emphasizes the positive attitude towards the components of the triad – pain, guilt and death – as an adequate response to the life's teasers, and we can turn them into constructive personal changes. It is, then, the triad optimistic, for being opportunity to update and potential growth.

Keywords: Tragic triad. Eugene O'Kelly. Attitude. Growth.

INTRODUÇÃO

É inerente ao homem a busca pelo sentido em sua vida, sentido este que pode ser encontrado, segundo Frankl (2008): na criação de um trabalho ou realizando alguma ação (valor criativo); experimentando algo, como o amor, ou encontrando alguém

(valor vivencial); ou pela transformação de tragédia pessoal em triunfo (valor atitudinal). Neste último, destaca-se a tríade trágica da logoterapia – dor, culpa e morte –, que carrega em sua composição aspectos negativos da vida, podendo tornar-se conquista humana através da atitude adotada pelo indivíduo sofredor, o homo patiens, aquele que sofre.

A consciência, como capacidade intuitiva para descobrir o sentido único e irreprodutível que se esconde em cada situação, é o órgão de sentido do homem (FRANKL, 1978). O auxilia a responder às exigências do momento, a realizar valores – acima citados –, indicando a direção adequada. Mesmo com toda dor e desafio proporcionados pela tríade trágica, há o sentido, inclusive o potencial, havendo a possibilidade do homem criativamente transformá-la em algo



positivo e construtivo – Frankl (p.138, 2008) afirma que o “sentido da vida é incondicional, por incluir até o sentido potencial do sofrimento inevitável”.

A logoterapia se mostra, dessa forma, muito mais como uma abordagem otimista da vida, ao ensinar que “não há nenhum aspecto negativo da existência que não possa transmutado em conquistas positivas, em tudo, a depender da atitude que se assuma” (FRANKL, p. 94, 2011). Mesmo que o homem não possa trabalhar e realizar-se através dos valores criativos, ou esteja limitado em sua relação com o mundo, há sempre a possibilidade de vivenciar uma dada experiência de forma positiva, a depender da atitude adotada frente a ela. O sofrimento inevitável pode se transformar em realização pessoal, a culpa, numa oportunidade de mudança, e a morte pode tor-

nar-se uma motivação para um fazer responsável.

O presente artigo, se propõe analisar a tríade trágica da logoterapia no relato verídico dos últimos dias de Eugene O’Kelly, um empresário norte-americano bem sucedido nos negócios, satisfeito com a vida e a família, que, de um dia para o outro, descobre-se possuidor de doença grave, restando-lhe pouco tempo de vida. Apesar de ser um dos pilares da abordagem, dito tema não é estudado com ênfase. Trata-se, este, de uma revisão não sistematizada da literatura produzida no campo da logoterapia, a qual possibilitou a análise da obra em questão, qual seja “Claro como o dia”, de Eugene O’Kelly.

Protagonista e autor principal, Eugene O’Kelly, lida com a própria morte, iminente, mostrando-se esta como motivo



insuficiente para que parasse, estagnando-se frente à notícia do encurtamento de seu tempo. Ao contrário. Movimentou-se, traçou metas, e fez de seu último caminhar a melhor experiência que poderia traçar.

Chasing the daylight, “Perseguindo a luz do dia”, é o título do livro em Inglês – metáfora de golfe, prática esportiva predileta do autor, utilizada pelo mesmo.

Com este trabalho não se objetiva mais um artigo sobre luto ou perda, ou estratégias de enfrentamento dos mesmos. Antes de tudo, visa tratar sobre a luta pela vida, pela aceitação de sua finitude e demais componentes da tríade trágica, podendo ser observado que o trágico desta, no sentido de “acontecimento funesto”, como a própria palavra tragédia é definida pelo dicionário escolar da língua portuguesa

(1970), só o é se não respondido, na realização de valores, suas provocações.

“Existem situações em que se está impedido de trabalhar e gozar a vida; o que, porém, jamais pode ser excluído é a inevitabilidade do sofrimento. Ao aceitar esse desafio de sofrer com bravura, a vida recebe um sentido até seu derradeiro instante [...] o sentido da vida é um sentido incondicional, por incluir até o sentido potencial do sofrimento inevitável.” (FRANKL, p. XX, 2008).

CLARO COMO O DIA

Empresário norte-americano bem sucedido, O’Kelly possuía uma agenda programada com 18 meses de antecedência, e, em decorrência disso, sua mente



estavam sempre voltadas para o futuro. Embora com pouco tempo para sua esposa, Corinne, e suas duas filhas – Marianne, casada e com dois filhos, e Gina, com 13 anos – que tanto estimava, e mesmo com o trabalho consumindo grande parte de sua energia, lhe era agradável a agitação que a vida de diretor da KPMG LLP, uma das Quatro Grandes sociedades norte-americanas de auditoria, exigia, por seu dinamismo, desafio e realização.

A KPMG LLP é um grupo de companhias que oferecem serviços de auditoria, impostos e consultoria a empresas associadas, tais como Citigroup, General Electric, Pfizer e Motorola. “Sociedade de quatro bilhões de dólares, vinte mil empregados e mais de cem anos de existência” (p.27). Como presidente, ele pretendia expandir o negócio, aumentar a qualidade do trabalho

para os empregados, e fazer com que estes sentissem seus empregos e vidas pessoais como extensões do mesmo organismo. Participava de reuniões de conselhos, possuía média anual de viagens de 150 mil milhas, trabalhava inclusive nos finais de semana, perdeu todas as apresentações escolares de sua filha caçula, e, ao longo da última década na empresa, almoçou apenas duas vezes com sua mulher durante a semana.

Em seu tempo livre, praticava golfe com sua esposa. Era uma válvula de escape para todo seu envolvimento com a empresa. “Este esporte sempre foi uma grande e constante paixão na minha vida. [...] Eu admirava o que o jogo exigia: honra, compromisso, precisão, disciplina e resistência.” (p.32). Jogavam principalmente no final da tarde, como se perseguissem a luz do



dia – Chasing the Daylight.

“O campo costumava estar mais vazio. O sol mais baixo no céu faz as sombras crescerem e as árvores que margeiam cada buraco parecem mais imponentes e belas. É uma hora mágica para jogar. [...] Nossos sentidos se apuravam, como se não estivéssemos apenas jogando golfe, mas perseguindo a luz do dia, agarrando o máximo de tempo possível.” (p.32).

Em uma de suas partidas com Corinne começou a notar que sua saúde talvez não estivesse tão bem quanto pensava.

“No início de maio de 2005, Corinne e eu jogávamos uma partida. Comecei bem, mas no oitavo buraco, preparei a jogada, bati na bola – e ela saiu direto para a direita. Não der-

rapou; como quase todo golfista, já tive a minha cota de jogadas enviadas ou desviadas. Não foi o que aconteceu ali. A bola foi em linha reta, mas totalmente à direita de onde se localizava o buraco, como se eu já houvesse me posicionado mal antes de bater, como se meu alvo fosse outro.” (p.33).

De compromisso em compromisso, não notou nada de peculiar em sua saúde. Entretanto, Corinne, no casamento de uma sobrinha, alertou-o para parte de sua face paralisada. “Tem uma flacidez aqui – disse ela –, tocando a minha bochecha direita” (p.34). Inicialmente pensaram ser provocada pelo trabalho estressante e a situação de mudança de moradia, que estava desgastando sua força física. Depois de certa



insistência, mesmo acreditando não ser nada demais, Corinne fez O’Kelly concordar em consultar um médico. Foram, então, para o primeiro neurologista.

Era um período frenético na vida de O’Kelly. Ele, Corinne e Gina, almejavam o término do semestre escolar para passar duas semanas no Havaí, porém, de uma vista que lhe dava acesso ao funcionamento interno das maiores e mais bem sucedidas empresas, das indústrias e até de quem as gerenciavam, como “uma enorme águia no pico de uma montanha” (p.17), da noite para o dia O’Kelly se viu “numa cadeira dura de metal, encarando, do outro lado da mesa, um médico cuja expressão revelava empatia demais” (p.18).

Na terça-feira, 24 de maio, no Centro Médico Cornell, após exame médico de rotina, a médica pediu para que voltasse

no primeiro horário da manhã seguinte para ressonância magnética, urgência esta não bem vista pelos dois. O quadro provavelmente não era tão simples como pensavam. Havia algo mais. “Quando um médico nos diz, às oito e meia da tarde de uma terça-feira, que está marcando uma ressonância magnética para às oito horas da manhã seguinte, começamos a pensar que pode ser algo pior. Bem pior.” (p.37).

Horas após o primeiro exame, a neurologista pede outro, desta vez com uso de contraste para melhor visualização. No dia seguinte Corinne o acompanhou. Na mesma noite, a médica pede que compareçam no dia seguinte para informar o resultado.

“Ela nos mostrou, contra a luz, as radiografias da ressonância do meu cérebro. Antes que eu ouvisse uma palavra ou sequer o nome do que eu estava vendo,



a primeira coisa que me veio à cabeça foi: Guerra nas estrelas”. (p.38). No lado esquerdo viam-se pontos de tamanhos variados, ligados por linhas - tumores multicêntricos, três deles do tamanho de bolas de golfe, estes distribuídos no córtex frontal, motor e visual. O diagnóstico não era exato, marcando, a neurologista, uma consulta para O’Kelly com um dos melhores neurocirurgiões do país.

“Tudo o que planejamos para a nossa vida não vai acontecer” – disse Corinne, profundamente abalada. [...] Não foram poucas as vezes, ao longo do nosso casamento, em que conversamos sobre a necessidade que cada um de nós – ou qualquer pessoa, na verdade – tem de desenvolver a força interior necessária para enfrentar a própria

morte. [...] ‘Acho que é melhor você começar a pensar nisso’ – disse Corinne mais tarde, num momento mais tranquilo – ‘Está chegando. Você não vai ter toda uma fase da vida para se preparar’. Ela apenas traduziu em palavras o meu pensamento.” (p.40).

No dia seguinte, foram a dois neurocirurgiões, recomendando, o primeiro, uma cirurgia citorrredutora, para reduzir o tamanho do tumor maior e diminuir a pressão no cérebro, e, o segundo, uma biópsia.

Na quarta-feira, 1º de junho, a biópsia foi realizada. O primeiro tecido removido estava necrosado, isto é, morto, revelando-se, os tumores, inoperáveis. O médico, então, recomendou a radioterapia para aumentar sua estimativa de vida, uma vez que



não havia cura. A quimioterapia poderia, igualmente, dar-lhe mais tempo.

Voltaram ao primeiro cirurgião, o que sugeriu a citoredutora, para atualizar-lhe seu estado. “Após analisar meus exames mais recentes, ele concluiu: ‘Está adiantado demais’” (p.44).

Glioblastoma multiforme, também conhecido como astrocitoma grau IV, de causas desconhecidas e sem fatores de risco, o mais comum e agressivo dos tumores cerebrais primários – basta estar vivo para tê-lo. Pode ficar enorme antes que qualquer sintoma apareça, os quais podem ser dores de cabeça, convulsões, problemas de visão, transtornos motores, de cognição, memória e alterações da personalidade.

Quanto ao tempo que lhe restava, após O’Kelly e Corinne consultarem um neuro-oncologista famoso, que dedicava-se

quase que exclusivamente em dar aulas, eles próprios calcularam, a partir dos que já poderiam ser indicativos de sintomas da doença (os quais, no momento em que se lhes ocorreu, não deram atenção), que ele teria entre três a seis meses de sobrevivência.

Um momento de grande mudança, e, por ser um homem metódico, organizado, direto e meticuloso, afirmando-se como contador, empresário ambicioso e presidente de empresa, e habilidoso com situações de risco que exigiam rápidas adaptações, O’Kelly formulou duas perguntas fundamentais. “Será que o fim da vida precisa ser a pior parte?” e “Posso fazer dele uma experiência construtiva?” (p.13). Não e sim, respectivamente, foram suas respostas.

Encarou-a como uma dádiva, afirmando que possuía experiência e perspectiva que



lhe permitiam “transformar essa oportunidade numa dádiva genuína, que jamais poderá ser tirada de mim ou da minha família e dos meus amigos, e que viria a ser o maior desafio da minha vida” (p.20).

Formulou, então, metas, para guiar-se por elas e realizar tal sentido, extrair de sua vivência algo positivo. Largar o emprego, primeira meta, coisa que realizou duas semanas após o primeiro exame, durando entre dois a três dias para supervisionar a transição administrativa, sair da liderança da empresa, tornar-se ex-membro, voltando a ser sócio sênior. Seus contatos, devido seu estado de saúde, foram telefônicos, de casa.

Quanto à escolha do tratamento, segunda meta, para que seu tempo fosse melhor para si e para os mais próximos, terceira meta, considerou a qui-

mioterapia. Submeteu-se a esta, juntamente com a radioterapia, porém apenas por três dias - tempo necessário para que as drogas interferissem em suas funções orgânicas.

“Assim que comecei a fazer quimioterapia (como acontece com qualquer um), perdi o controle. Eu me entregara às drogas. Elas agora administravam a minha vida. Definiam a minha rotina diária. [...] Particularmente incômodo era o fato de todos aqueles remédios, sobretudo os esteróides, me roubarem o controle sobre o meu humor” (p.58).

Seguiu com a radioterapia. A radiação poderia reduzir os tumores e aliviar os sintomas. Cinco vezes por semana, durante seis semanas, submetia-se a ela, indo às sessões, realizadas no



final da tarde – horário em que adorava jogar golfe – com sua roupa de golfe, como se fosse jogar uma partida. Colocavam-lhe a máscara, prendiam-no à mesa, e pediam que não se mexesse, nem engolisse, do contrário o processo demoraria mais que vinte minutos – tempo previsto caso não ocorressem falhas na aplicação. Porém, ocorriam imprevistos. “Fiquei sujeito aos caprichos da maquinaria e ao sistema médico, à competência humana e à variável sorte” (p.63). Se tornou mais tolerante. Aprendeu a aceitar. Sabia que não podia mudar muita coisa, principalmente quando algo acontecia no processo, impedindo que tudo ocorresse conforme o planejado, e aceitava.

“Não se pode controlar tudo, dizia a mim mesmo, por mais difícil que fosse me ouvir [...]. Eu não iria permitir que percalços e má sor-

te, e sobretudo uma postura derrotista, me desviassem dos meus objetivos, um dos quais era fazer de cada dia o melhor dia da minha vida. O presidente de empresa, o gerenciador, precisava finalmente soltar as rédeas. Fechei meus olhos e soltei-as.” (p.66).

Não apenas os imprevistos do processo da radioterapia que ele não possuía controle, mas também os sintomas de sua doença, os quais começaram com sua visão afetada – como no relato anteriormente referido, no qual O’Kelly, numa partida de golfe, tacou a bola na direção errada. Sofria igualmente com convulsões no córtex motor, frontal e visual, onde os tumores pressionavam, e inquietação, causada por esteroide. Muitas vezes ficava confuso e tinha dificuldade



em falar. Teve que reaprender a se vestir – tarefas simples, como esta, tinham que ser realizadas de forma metódica e ordenada. Possuía dificuldades em atividades sequenciais. “Precisei ser meu velho ‘eu’ sistemático, mas agora meramente para realizar tarefas básicas” (p.55).

Metas cumpridas, O’Kelly elaborou uma lista de tarefas para seus últimos dias: ordenar vida jurídica e financeira, “desanuviar” relacionamentos, simplificar, viver cada momento, criar e estar aberto para o que ele chamava de “Momentos Perfeitos”, iniciar transição para o estágio seguinte, e planejar o enterro. Pretendia lidar com a morte da melhor forma possível, ser construtivo. Acreditava, inicialmente, que o compromisso, como valor, poderia ajuda-lo a transformar quase tudo em algo positivo. Após certo tempo, mu-

dou de foco.

“Antes da minha doença, eu achava que a rainha das virtudes era o compromisso. Depois do meu diagnóstico, passei a considerar a lucidez a rainha das virtudes. Comecei a sentir que a responsabilidade primordial de todos nós é manter o máximo de consciência possível sempre, principalmente na velhice, próximo ao final. Para começar, isso ajudaria os outros a entender melhor o fim, uma responsabilidade que temos uns com os outros e, sem dúvida, com a geração seguinte. Talvez venhamos a descobrir que morrer não é tão assustador. Definitivamente, essa seria uma notícia a divulgar. Talvez venhamos a descobrir que a morte é algo que



até vale a pena abraçar.” (p.83).

Passou a valorizar a tomada de consciência de tudo que lhe ocorria, ter controle sobre a distribuição da própria energia. Corinne ajudou-o na prática da meditação, na qual, mais tarde, veio a notar que a água ajudava-o em tal vivência, sendo para ele símbolo de transição – “Um rio que liga um lugar a outro. Parece simplista, sei disso, mas um rio nada é se não servir de ligação” (p.110) afirmando mais adiante que “pensava no rio, na água, como agente de ligação entre esta realidade e a próxima” (p.122). Para ele, era como se estivesse facilitando a transição, acreditando que com a prática mais frequente da meditação, sentiria mais conforto quando a hora chegasse.

Dedicou-se a resolver, ou, como dito anteriormente,

“desanuviar” seus relacionamentos pessoais. Sentia a necessidade para tal – como o fim de um trabalho – a conclusão desses contatos, “encerrar todos os relacionamentos importantes para mim” (p.92). Parou para pensar nos que lhe eram importantes e significativos, recordou dos momentos positivos que compartilharam, e disse-lhes explicitamente como se sentia, expressando reconhecimento e gratidão – criando, tais experiências, um elo mais estreito entre ele e o outro. Porém, havia um motivo principal: as despedidas davam-lhe equilíbrio em cada relacionamento, algo que acreditava não ter em seus últimos anos.

Formulou um diagrama contando com seis círculos, nos quais de fora para dentro – sentido em que realizara seus fechamentos – encontravam-se: pessoas com as quais compartilhara



experiências ou paixões; amigos do meio profissional; amigos de toda a vida; parentes próximos; filhas; e esposa. No mais externo haviam mil pessoas, sendo as despedidas realizadas por e-mail ou telefone, encerrando, ele, o quinto e sexto círculo em três semanas.

O’Kelly esforçou-se para fazer desses momentos de troca especiais, nos quais falava-se de coisas boas e particularmente significativas em cada relacionamento, vivenciar Momentos Perfeitos, e, para criá-los, bastava aceitar os acontecimentos cotidianos e estar aberto a experiências positivas – resultado: “saborear ao máximo o que a vida constantemente oferece” (p.130). Percebeu como se fosse esta a via que tanto procurava para a conscientização, para estar com a mente mais no presente. Diz sentir se tornando sensível

à própria vida, e “mais simples e mais tranquilo. Mais focado no presente.” (p.114).

A espontaneidade, entretanto, era uma das chaves para a ocorrência de Dias Perfeitos, isto é, dias repletos de Momentos Perfeitos. “Vivi um Dia perfeito [...] porque ele se desenrolou naturalmente” (p.123).

Com o passar do tempo, sua escrita vai se fragmentando e sua linha de raciocínio já não é tão linear como nos primeiros capítulos. “Fala, aparência e capacidade para desempenhar pequenas tarefas cotidianas cada vez mais se deterioravam” (p.129). Ele escolheu como seria seu próprio enterro, tanto o de Nova Iorque, onde morava, quanto o de São Francisco, cidade em que muitos amigos viviam. Seu corpo seria cremado.

Após seis semanas de radioterapia, viaja com Corinne e



Gina para o lago Tahoe. Ali recebe visitas de amigos, alguns que conheceu no hospital, e familiares. Em uma das noites no lago, O’Kelly sofre uma convulsão epiléptica, causada por uma embolia pulmonar, sendo internado no hospital, “e foi isso que assinalou o início da sua transição. Ele percebeu que não conseguiria realizar tudo aquilo que ainda fazia parte dos seus planos. Começou a aceitar as limitações do seu estado” (p.138) - escrevendo, a partir de então, Corinne, o capítulo que encerra o livro.

Ainda no hospital, O’Kelly inicia sua despedida com Marianne. Conversaram sobre coisas banais, e o relacionamento dele com sua mãe e seu pai.

Seu estado de saúde vai se deteriorando cada vez mais. Quando os médicos pediram para fazer mais exames, “não” foi sua resposta – “ele estava realmente

abandonando o plano dos vivos em troca de uma aceitação da proximidade da morte” (p.141). Afirmo achar que vai morrer, e, dois dias depois, vai pra casa. Lhe é providenciado um leito de hospital. Pára de pedir água – não quer ser medicado no fim –, aparentemente certa melhora, provavelmente pela desidratação. Um médico do Serviço Domiciliar de Enfermagem de Nova Iorque, um serviço hospitalar, afirma que é comum que pacientes no mesmo estado que O’Kelly passem por uma “inquietação terminal”, estado agitado que exige medicação pesada para controle, porém, mesmo acreditando “compulsivo e obsessivo” o “desejar amarrar tudo” (p.143) de O’Kelly, o médico afirma efeito positivo, não só para ele próprio, como paciente, mas para todos à sua volta.

Numa das visitas que recebera, diz “Sinto apoio do ou-



tro lado” (p.144) e, mais tarde, para sua cunhada Darlene, “Por favor, diga a eles que não há dor na passagem deste lado para o outro” (p.145).

Recebeu mais visitas – irmãs, amigos e conhecidos prestaram seu adeus. Porém Corinne percebia que ele se preocupava com ela. “Perguntei se ele estava preparado para me deixar [...] lhe pedi para não se agarrar à vida e lhe assegurei que ficaria bem” (p.149), e, menos de três horas depois, no dia 10 de setembro, O’Kelly morre. Sofreu outra embolia pulmonar, considerado uma das formas mais rápidas e menos drásticas de morrer – o fornecimento de oxigênio ao cérebro é cortado, apagando mente e, em seguida, corpo.

“Na manhã seguinte, senti uma alegria e uma tranquilidade sublimes. A dor da perda se instalava mais tarde. Este era

um momento de júbilo. Gene partira em paz. Olhei através da janela para o rio e vi o sol refletindo na água. Um Momento Perfeito” (p.150). Para Corinne, toda essa experiência lhe conferira bagagem para prosseguir confiando na clareza e concentração. Para Marianne, o exemplo de O’Kelly demonstrou que sempre se pode esforçar-se mais para ser melhor, e, para Gina, seu exemplo foi de encorajamento e segurança.

Foi criado um fundo de caridade – Eugene O’Kelly Cancer Survivors’ Fund –, para ajudar financeiramente pacientes com câncer necessitados para tratamento. No endereço eletrônico do 7th Annual Financial Services Cares Gala (2012), da American Cancer Society Inc., em memória a O’Kelly, pode ser lido a seguinte dedicatória:

“A força e coragem com que ele encarou sua doença promo-



veu um legado que continuou a inspirar todos que ele tocou. Verdadeiro com seu caráter, Gene transformou a tragédia de sua própria doença em oportunidade para ajudar outros estabelecendo formas para promover assistência financeira e apoiar pacientes com câncer e suas famílias.” (American Cancer Society, Inc., 2012, tradução da autora).

OTIMISMO TRÁGICO

Eugene mudou bastante através de toda experiência, porém, continuou sendo o homem que sempre foi, organizado e metódico, continuando, assim, sobre o controle de suas próprias emoções e escolhas. Paradoxalmente, soltou as rédeas e aceitou suas limitações quanto aos aconte-

cimentos fora de seu controle – afastando, assim, possíveis sentimentos de rebeldia, e reações de negação, raiva, barganha e depressão, que, segundo Kübler-Ross (2003) e Rodríguez (2010), são reações normais em pacientes no mesmo estado.

Sua atitude positiva e aceitação da situação foram ferramentas essenciais para alcançar as transformações desejadas.

A partir daqui, serão abordados a superação dos componentes da tríade no relato, pois, para quê serviriam na vida do homem os componentes negativos desta, se não como impulso para melhora do mesmo? Inevitável à existência humana sua superação, forma mais adequada de resposta, na realização de valores e atualização de potencialidades, sempre em direção a um sentido, sentido esse também como resposta, porém, à vida.



DOR

Frankl (2011) afirma que a superação da dor é uma atitude frente a um destino determinado, como, no caso de Eugene, sua doença terminal e seu pouco tempo de vida restante. Já Lukas (1990) fala em superação da perda, perda de valores (criativos e/ou vivenciais), de que, em Eugene, foi privado, pela impossibilidade de trabalho, que tanto estimava.

Eugene já não era mais capaz de livrar-se da doença – era terminal e já não possuía tanto tempo de vida que pensara poder ter. Perdeu todo o futuro que criara, que perseguira e desejara para si e sua família. Todas as dimensões de sua vida – pessoal, familiar, profissional, social, laboral e espiritual – mudaram. A única coisa que lhe restou foi lidar com a doença e seu sofrimen-

to inerente. Não se deixou desanimar. Desafiou-se a transformar tal experiência numa dádiva para ele, sua família e amigos – por mais que pareça obsessivo para alguns, como para o médico do serviço hospitalar de apoio em sua visita domiciliar a Eugene, essa persistência foi sua forma de responder ao que a vida lhe pedia, de forma que não se deixasse levar por sua situação, mas manejá-la ele próprio, esforçando-se para extrair daí ensinamentos, e, conseqüentemente, fazer-se exemplo para outros.

Aceitou a doença e sua iminente morte, aumentando a capacidade, nele mesmo, de suportar o sofrimento e melhor traçar metas para a superação. E foi o que Eugene fez: distanciou-se do problema, e planeou objetivos práticos para um caminhar para a morte mais tranquilo, para ele e todos à sua volta.



“O distanciamento permite que a pessoa, com apoio nas estruturas de sentido, possa se colocar acima da situação. Quem consegue se manter de pé acima do sofrimento, simultaneamente já se está posicionando acima de seu sofrimento. [...] Quem consegue superar seu próprio sofrimento, ajuda aos outros através de sua simples existência, que parece um chamado para que os outros façam o mesmo” (LUKAS, p. 175, 1990).

A superação do sofrimento, ou da perda, se trata da “conservação e concretização da possibilidade positiva de vida” (LUKAS, p.176, 1990). Na situação em que se encontrava, Eugene lutou pela vida, não na maneira como comumente pacientes

terminais o tentam, negando sua morte, agarrando-se desesperadamente à falsa esperança de um milagre repentino que os livre do próprio falecimento. Ao contrário, aproveitou os momentos que ainda lhe restavam, afirmando a vida na aceitação da morte.

Não mostrou muito esforço na busca pelas melhores respostas às provocações – sua experiência no trabalho capacitou-o a ser flexível e adaptar-se rapidamente às mudanças. Logo percebeu o sentido do momento e as realizações de valores que poderia vivenciar, cumprindo o que sugere Lukas:

“A capacidade de uma pessoa para superar o sofrimento depende da intensidade de sua realização interna de sentido. [...] uma vida permeada de sofrimento não perde seu sentido. [...] Sentido na vida poder ser per-



cebido até pelo sofrimento” (LUKAS, p. 173,1990).

Seguindo pensamento semelhante, Kübler-Ross (2003) afirma que toda dificuldade seria uma oportunidade recebida com a possibilidade de realização de crescimento.

Eugene teve que reerguer-se sobre si mesmo, modificar-se para adaptar-se. Da experiência surgiu um novo Eugene, mais tolerante e tranquilo, que aceitava imprevistos da vida e limitações das pessoas, e de si mesmo, pois compreendia que o importante na vida não era ser perfeito, mas aceitar o que ela tinha para oferecer, possibilitando-se, então, viver momentos perfeitos.

CULPA

Na culpa, também, o homem pode erguer-se sobre si mesmo, melhorar, como forma de recuperar, retroativamente, o mal que fez no passado – ou o arrependimento de comportamento não tão adequado como posteriormente acreditou poderia ter feito.

Eugene, em todo seu relato, não fala explicitamente em culpa, porém nota-se certo arrependimento por ter gasto tanto tempo dedicando-se ao seu trabalho, deixando sua família de lado muitas vezes – perdendo todas as apresentações escolares de Gina e almoçando duas vezes com Corinne, durante a semana, ao longo da última década em que trabalhara na empresa.

Lukas (1990) afirma que, na logoterapia, a culpa é vista como “uma possibilidade de mudança, como um apelo para que a pessoa se modifique, aban-



donando velhos hábitos e tomando novas e melhores decisões”. Eugene, para aproveitar mais plenamente seus últimos dias, optou por dedicar-se quase que exclusivamente a sua família e amigos, tornou-os foco principal de sua atenção. Em seus planos finais, dedicou-se no encerramento de seus relacionamentos com colegas e conhecidos, aproximando-se destes, e, posteriormente, com as pessoas mais próximas, amigos e familiares. Passou seus últimos dias ao lado dos mais queridos, esforçando-se por viver momentos agradáveis ao lado destes.

Essa maior proximidade com os seus, em seu relato, pode ser percebido mais como escolha do próprio Eugene, não apenas como imposição de seu estado – este, uma provocação para mudanças. De um empresário extremamente ocupado com as

exigências de seu trabalho, passou a ser um pai e marido mais presente.

Como a culpa é uma atitude frente a si mesmo quanto a algo feito no passado, irrevogável, Lukas (p. 180, 1990) fala de “pessimismo do irrevogável”, contrário ao “otimismo do passado”, abordado adiante, podendo, através de escolha por modificação, tornar-se um “ativismo do futuro” e conseqüente esforço por melhora de si mesmo.

MORTE

A transitoriedade da vida, sua finitude, precibilidade, pode tornar-se impulso para um fazer responsável, no sentido que o homem possui responsabilidade pelo que faz, por quem ama e por como sofre, pois “uma vez que tenha preenchido um sentido, ele o terá feito de uma



vez por todas” (FRANKL, p. 96, 2011). Neste ponto encontra-se o “otimismo do passado”, afirmando-se o passado como ser real do homem, realidade inseparavelmente ligada à sua vida. Tudo fica salvo no passado, o passado pertence absolutamente a quem o viveu, marca de sua vida, qualidade de sua existência, a identidade de seu ser único.

“Porventura não é essa transitoriedade algo que nos estimula e desafia a fazer o melhor uso possível de cada momento de nossas vidas?” (FRANKL, p. 172, 2008). Sentindo seu tempo se esvaindo, Eugene mostrou que sim, a precibilidade da existência humana pode tornar-se motivo propulsor principal para buscar-se uma vida mais plena. Dedicou-se a resolver questões referentes à sua partida, como funeral e demais questões quanto ao falecimento, porém, e em

especial, reaprendeu a viver – esforçou-se bastante para estar presente e consciente em cada momento, para vivenciá-los da melhor forma possível ao lado de pessoas queridas.

Claro como o dia foi seu caminhar final, sua última empreitada, objetivando um morrer mais pleno, sua transição para o outro mundo, como ele tanto fala em seu relato. A certeza da morte fez com que ele mudasse a si mesmo, mudando, consequentemente, sua vida, afetando, também, as pessoas a sua volta – como Corinne e suas filhas, e incentivando a criação do Eugene O’Kelly Cancer Survivors’ Fund, fundo de caridade anteriormente citado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do relato indica que, mesmo sendo retirados



do homem sua saúde física, e ver aproximar sua própria morte, ele pode adotar uma atitude diferente a de desesperar-se e desistir. Todo o sofrimento, causado ele pela tríade trágica, pode ser percebido pelo homem como desafio imposto pela vida, uma provocação para que mude, aproveitando tal oportunidade de atualização de potencialidades, e esforçando-se a responder da melhor forma possível.

Mudando-se a si mesmo, pode-se transformar toda a tríade positivamente – o sofrimento em realização pessoal, a culpa em oportunidade para melhorar-se, e a morte, instrumento para realizações responsáveis. Se pode, então, falar de um otimismo trágico, por acreditar-se, na logoterapia, que qualquer aspecto negativo da existência humana pode tornar-se conquista, através da atitude do homo patiens. Po-

rém, na mesma linha, pode-se chamá-la de transcendente por serem, seus componentes, forças propulsoras para transcendência de si?

Vista de tal forma, a tríade otimista, ou otimismo trágico, vivenciado através de atitude positiva, na morte, é meio para vivenciar a existência como aproveita-se o final do dia na praia, observando-se o pôr-do-sol e sentindo seu calor na pele, mais brando, até que a noite caia.

REFERÊNCIAS

O'KELLY, Eugene. Claro como o dia: como a certeza da morte mudou a minha vida. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 2006.

FRANKL, Viktor E. Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração. São Leopoldo, Sinodal; Petrópolis, Vozes,



2008.

FRANKL, Viktor E. A vontade de sentido: fundamentos e aplicações da logoterapia. São Paulo, Paulus, 2011.

FRANKL, Viktor E. Logoterapia e análise existencial: textos de seis décadas. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2012.

LUKAS, Elisabeth. Mentalização e saúde: a arte de viver e logoterapia. Petrópolis, Vozes, 1990.

BUENO, Francisco da Silva. Dicionário escolar da língua portuguesa. 7ª edição. AGGS,1970.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. O túnel e a luz: reflexões essenciais sobre a vida e a morte. Verus Editora, Campinas, 2003.

Rodríguez, Juan de La Haba. Cómo vencer el câncer: uma guia práctica, sustentada em casos reales, para entender La enfermedad, convivir com Ella y superarla. Almuzara, Espanha, 2010.

American Cancer Society, Inc. Eugene D. O'Kelly. 18.Jun.2012. Disponível em: <http://main.acevents.org/site/TR/Gala/GalaFY10Eastern?sid=133929&-type=fr_informational&pg=informational&fr_id=34870>. Acesso em: nov.2012.



IMPACTO DA FISSURA LABIOPALATINA NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM PERNAMBUCO - BRASIL

IMPACT OF THE LABIOPALATINAL FISSURE ON THE QUALITY OF LIFE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN PERNAMBUCO - BRAZIL

Andreia Gomes Moreira¹

Luciana Butini Oliveira

Resumo: As fissuras lábiopalatinas são as anomalias mais frequentes da face, podendo comprometer as funções normais além de interferir na qualidade de vida do seu portador. Problemas de saúde bucal podem causar impacto na vida diária, sendo mais marcante para esses pacientes devido suas alterações funcionais e estéticas. O objetivo do estudo foi avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes portadores de fissuras de lábio e/ou palato no Centro de Atenção aos Defeitos da Face (CADEFI/IMIP-PE). A amostra consistiu em 348 pacientes, 174 com idade de 8 a 12 anos e 174 com idade de 13 a 18 anos. O instrumento de coleta utilizado para mensurar a qualidade de vida foi o PedsQL 4.0. A análise dos dados foi realizada utilizando o software STATA 9.0, descritiva observando as frequências absolutas e relativas em relação às características demográficas e

¹ Pos doutora em Odontopediatria



clínicas da amostra e medidas de tendência central para o escore e domínios do PedsQL 4.0. A regressão de Poisson com variância robusta foi realizada para associar os escores totais e domínios individuais do PedsQL 4.0 com os tipos de fissuras, suas prevalências e condições demográficas. Posteriormente, as variáveis selecionadas foram testadas no modelo multivariado ajustado, o qual só poderia ser mantido se as variáveis apresentarem um $p \leq 0,05$. As razões de taxas robustas (RTR) e intervalos de confiança do 95% (IC 95%) foram calculados. Praticamente todos os respondentes (99,9%) relataram algum impacto em ao menos um dos domínios do instrumento. As crianças de 13 a 18 anos apresentaram impacto positivo, melhor qualidade de vida, em comparação aos de 8 a 12 anos. Protocolos de tratamento multi-

disciplinar para a reabilitação do portador de fissura labiopalatina buscam devolver a função e a estética, auxiliando na superação do estigma e integrando para o convívio social, o que pode-se justificar os resultados favoráveis da avaliação de qualidade de vida desses pacientes.

Palavras chaves: “Fissura labiopalatina”; “Qualidade de vida”; “Saúde bucal”.

Abstract: Cleft lip and palate are the most frequent anomalies of the face, which can compromise normal functions in addition to interfering with the patient’s quality of life. Oral health problems can impact daily life, being more striking for these patients due to their functional and aesthetic changes. The aim of the study was to evaluate the oral health-related quality of life of patients



with cleft lip and/or palate at the Center for Attention to Face Defects (CADEFI/IMIP-PE). The sample consisted of 348 patients, 174 aged 8 to 12 years and 174 aged 13 to 18 years. The collection instrument used to measure quality of life was PedsQL 4.0. Data analysis was performed using the STATA 9.0 software, descriptive, observing the absolute and relative frequencies in relation to the demographic and clinical characteristics of the sample and measures of central tendency for the PedsQL 4.0 score and domains. Poisson regression with robust variance was performed to associate the total scores and individual domains of the PedsQL 4.0 with the types of cravings, their prevalence and demographic conditions. Subsequently, the selected variables were tested in the adjusted multivariate model, which could only

be maintained if the variables presented $p \leq 0.05$. Robust rate ratios (RTR) and 95% confidence intervals (95% CI) were calculated. Practically all respondents (99.9%) reported some impact in at least one of the instrument's domains. Children aged 13 to 18 years had a positive impact, better quality of life, compared to those aged 8 to 12 years. Multidisciplinary treatment protocols for the rehabilitation of patients with cleft lip and palate seek to restore function and esthetics, helping to overcome stigma and integrating them into social life, which can justify the favorable results of the assessment of the quality of life of these patients.

Keywords: “Cleft lip and palate”; “Quality of life”; “Oral health”.

INTRODUÇÃO



As fissuras labiopalatinas são as anomalias congênitas mais frequentes da face, podendo envolver o lábio superior, rebordo alveolar e/ou palato, comprometendo funções vitais como a respiração, sucção, deglutição, mastigação e fala, além da estética (Coutinho et al, 2009). Sendo de etiologia multifatorial, envolve a participação de fatores genéticos e ambientais, que resultam em deficiência do desenvolvimento ou falta de fusão dos processos faciais embrionários (Silva Filho, et al., 1992). Sua prevalência chega a acometer a cada 500 a 2500 nascidos vivos (Moosey et al., 2002).

Protocolos de tratamento com equipe multidisciplinar para reabilitação dos portadores de fissuras labiopalatinas são necessários, exigindo abordagem do nascimento à fase adulta, de

preferência em centros de referência, o que requer um elevado custo (Ribeiro, Moreira, 2005; Figueiredo et al., 2011; Freitas et al, 2009), porém resultados favoráveis que repercutem na qualidade de vida do paciente. O suporte profissional em medicina, odontologia e demais áreas da saúde, apresenta resultados funcionais e estéticos satisfatório, auxiliando na superação do estigma e integrando o paciente ao convívio social (Strauss, 2002; Trindade et al, 2007).

A qualidade de vida dos indivíduos portadores de anomalias craniofaciais é desafiadora devido às alterações funcionais e estéticas, ao longo do tratamento e a dificuldade de integração na sociedade. Poucos estudos abordam a qualidade de vida em pacientes com anomalias craniofaciais (Prahl, Prahl-Andersen, 2007), porém evidências cientí-



ficas apontam para uma relação entre saúde bucal e qualidade de vida no paciente com fissuras, onde a baixa estima estaria relacionada com uma diminuição desta (Prahl, Prahl-Andersen, 2007; Geels et al., 2008; Eslani et al., 2013). A saúde bucal deficiente, pode ser um forte efeito adverso na qualidade de vida (Petersen, 2003).

O objetivo dessa pesquisa foi avaliar a qualidade de vida de pacientes com fissuras atendidos no Centro de Atenção aos Defeitos da Face do Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira (CADEFI – IMIP), localizado na capital do Estado de Pernambuco, utilizando como instrumento de avaliação o PedsQLTM versão 4.0.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa obedeceu os

parâmetros do Comitê de Ética em Pesquisa, tendo sido aprovação sob o número de protocolo 133138/2015 CEP/CONEP/PlataformaBrasil (ANEXO A).

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, transversal e analítica, de abordagem quantitativa, onde foi avaliado a qualidade de vida geral das crianças e adolescentes portadores de fissuras labiopalatinas, do Centro de Atenção aos Defeitos da Face do Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira (CADEFI – IMIP), localizado na capital do Estado de Pernambuco.

A amostra foi constituída por pacientes portadores de fissura labiopalatina, de ambos os sexos, com idades de 8 a 12 e 13 a 18 anos, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, atendidos no consultório de ortodontia do CADEFI/IMIP-PE.



CrITÉRIOS de inclusão:

- Pacientes atendidos no CADEFI que estejam em tratamento ortodôntico (maiores de 8 anos);
- Pacientes submetidos a cirurgia reparadora;
- Pacientes portadores de fissuras labiopalatinas não sindrômicas;
- Ausência de outras comorbidades físicas e/ou mentais.

CrITÉRIOS de exclusão:

- Pacientes com problemas sistêmicos, que o classifiquem como pacientes especiais: cardiopatia, diabetes, paralisia cerebral, etc;
- Pacientes/responsáveis que não assinaram o TCLE.

Os responsáveis pelas crianças e adolescentes foram

devidamente informados quanto a metodologia empregada e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa foi realizada por meio de aplicação com questões fechadas, buscando como a própria criança considera o impacto da saúde bucal, através de instrumento de mensuração da qualidade de vida geral, validado na literatura e para utilização na versão em português - 1 Pediatric Quality of Life Inventory (Peds-QLTM) versão 4.0 – para crianças de 8 a 12 anos e adolescentes de 13 a 18 anos (ANEXO C). Segundo Neder et al. (2015), trata-se de um instrumento breve, padronizado, genérico, de abordagem modular, utilizando as dimensões físicas, emocionais, sociais e escolares, utilizado para aferição pediátrica. Este instrumento é preenchido pela própria criança enfatizando a sua própria



percepção da qualidade de vida, tendo a duração média de 4-6 minutos.

O PedsQL TM 4.0 avalia a qualidade de vida geral das crianças e é composto por 23 questões divididas em 4 dimensões: funcionamento físico (8 itens), funcionamento emocional (5 itens), funcionamento social (5 itens) e funcionamento escolar (5 itens). As questões referem-se à duração de um problema no último mês, sendo pontuados de 0 (nunca é problema) a 4 (quase sempre problema). Esta pontuação é depois convertida numa escala de 0 a 100 (0=100, 1=75, 2=50, 3=25, 4=0), sendo que pontuações mais altas mais altas revelam melhor qualidade de vida. Por fim, somando-se os itens de cada dimensão (na escala de 0-100) e dividindo-se pelo número de itens que cada um contém, obtém-se o valor da qualidade de

vida específica de cada dimensão. Somando-se os valores das quatro dimensões e dividindo por quatro, obtém-se o valor de qualidade de vida geral. Ainda é possível obter o total psicossocial somando-se as pontuações das dimensões de funcionamento emocional, social, escolar e dividindo por três (Guedes, 2013).

Durante a aplicação do questionário de avaliação de qualidade de vida, existe o risco de exposição devido às condições psicológicas frágeis de algumas crianças. Com a finalidade de minimizar riscos, a aplicação do questionário foi realizada de forma reservada, um paciente por vez, tendo sido encaminhado para o setor de psicologia aqueles que apresentaram indícios de comportamento psicológico alterado.

A coleta de dados aconteceu nos dias de atendimento do



paciente, de março a julho de 2016, garantindo o anonimato, sob a supervisão da pesquisadora, no consultório de Ortodontia.

A análise descritiva dos dados foi realizada utilizando o software STATA 9.0 (Stata Corp. College Station, TX, USA), avaliando frequências absolutas e relativas em relação às características amostra.

RESULTADOS

A análise dos dados foi realizada utilizando o software STATA 9.0 (Stata Corp. College Station, TX, USA). Inicialmente, a análise descritiva avaliou frequências absolutas e relativas em relação às características demográficas e clínicas da amostra. Posteriormente, foram realizadas medidas de tendência central (médias, desvio padrão e variação observada) para o escore e

domínios do PedsQL 4.0.

A regressão de Poisson com variância robusta foi realizada para associar os escores totais e domínios individuais do PedsQL 4.0 com os tipos de fissuras, suas prevalências e condições demográficas. Realizou-se uma análise de regressão univariada de Poisson para selecionar as variáveis com um valor de $p \leq 0,20$ para o modelo. Posteriormente, as variáveis selecionadas foram testadas no modelo multivariado ajustado, o qual só poderia ser mantido se as variáveis apresentarem um $p \leq 0,05$. As razões de taxas robustas (RTR) e intervalos de confiança do 95% (IC 95%) foram calculados.

De um total de 450 crianças convidadas para participar do estudo, 135 (102 por apresentarem doenças sistêmicas associadas e 33 por não compreenderem as questões solicitadas



no instrumento ou foram entregues incompletos), foram eliminadas da amostra porque tinham doenças sistêmicas associadas. Assim, a amostra final foi composta de 315 crianças que aceitaram participar no estudo, das quais 145 e 170 correspondiam à faixa etária de 8-12 e 13-18 anos de idade, respectivamente. A amostra foi constituída de 450 indivíduos entre crianças e adolescentes, sendo eliminados 135

por não estarem nos critérios de inclusão.

A tabela 1 mostra as características demográficas e clínicas da amostra segundo a faixa etária e amostra total. De forma geral, pode se observar uma prevalência mais alta de fissura lábio-palatina unilateral na amostra (33,0%).

Tabela 1 - Características de todos os participantes de acordo com a faixa etária e total da amostra

Características	G1 - 8 a 12 anos (n= 145)	G2 - 13 a 18 anos (n=170)	Total (n= 315)	
Sexo, n (%)	Feminino	65 (44,8)	88 (51,8)	153 (48,6)
	Masculino	80 (55,2)	82 (48,2)	162 (51,4)
Tipo de fissura, n (%)	Fissura labial	41 (28,3)	43 (25,3)	84 (26,7)
	Fissura lábio-palatina unilateral	47 (32,4)	57 (33,5)	104 (33,0)
	Fissura lábio-palatina bilateral	31 (21,4)	36 (21,2)	67 (21,3)
	Fissura palatina	26 (17,9)	34 (20,0)	60 (19,0)
Prevalência de fissura labial, n (%)	Ausência	104 (71,7)	127 (74,7)	231 (73,3)
	Presença	41 (28,3)	43 (25,3)	84 (26,7)
Prevalência de fissura lábio-palatina unilateral, n (%)	Ausência	98 (67,6)	113 (66,5)	211 (67,0)
	Presença	47 (32,4)	57 (33,5)	104 (33,0)
Prevalência de fissura lábio-palatina bilateral, n (%)	Ausência	114 (78,6)	134 (78,8)	248 (78,7)
	Presença	31 (21,4)	36 (21,2)	67 (21,3)
Prevalência de fissura palatina, n (%)	Ausência	119 (82,1)	136 (80,0)	255 (81,0)
	Presença	26 (17,9)	34 (20,0)	60 (19,0)

Praticamente todos os respondentes (n= 314; 99,9%) relataram algum impacto em ao

menos um dos domínios do instrumento (Escore total do Peds-QL 4.0>0). Os maiores escores



do PedsQL 4.0 foram 60 e 65, para a faixa etária de 8-12 e 13-18 anos de idade, respectivamente. A tabela 2 mostra a média, o desvio padrão e o intervalo observado para os escores totais e domínios individuais do PedsQL 4.0.

De forma geral, a média±desvio padrão do PedsQL 4.0 na amostra foi de 19,67±12,26, sendo que o domínio com escores mais altos foi o de aspectos emocionais (5,76±3,79).

Tabela 2 – Média, desvio padrão e variação observada para o escore total e por domínios do PedsQL 4.0 de acordo com a faixa etária e total da amostra

PedsQL 4.0	G1 – 8 a 12 anos (Média±DP)	Variação observada	G2 - 13 a 18 anos (Média±DP)	Variação observada	Total (n=315)	Variação observada
Domínio capacidade física	6,26 (5,43)	0-24	5,19 (4,32)	0-24	5,68 (4,88)	0-24
Domínio aspectos emocionais	5,53 (3,88)	0-17	5,96 (3,72)	0-17	5,76 (3,79)	0-17
Domínio aspectos sociais	3,28 (3,68)	0-16	2,47 (3,02)	0-16	2,84 (3,36)	0-16
Domínio atividade escolar	5,37 (3,20)	0-20	5,28 (3,21)	0-16	5,32 (3,20)	0-20
Escore total	20,43 (13,55)	2-60	19,02 (11,03)	0-65	19,67 (12,26)	0-65

A análise univariada não ajustada considerando as condições demográficas e clínicas mostrou que unicamente a faixa etária se correlacionou com o domínio de aspectos sociais do PedsQL 4.0. Desta forma, crianças de 13 a 18 anos de idade apresentam um impacto positivo, melhor qualidade de vida, em comparação àquelas na faixa etária de 8 a 12 anos (RTR=0,75; IC 95% 0,58-0,98; $p<0,05$) (Tabela 3). Nenhuma variável se manteve

no modelo final ajustado.



Tabela 3. Análise univariada da associação entre características clínica e demográficas e o escore total e domínios do PedsQL 4.0 (n= 315).

Variáveis Independentes	Capacidade Física		Aspectos Emocionais		Aspectos Sociais		Atividade Escolar		Escore Total	
	RTR (95% CI)	p*	RTR (95% CI)	p*	RTR (95% CI)	p*	RTR (95% CI)	p*	RTR (95% CI)	p*
Características sócio-demográficas										
Idade da criança										
8 a 12 anos (ref)										
13 a 18 anos	0,83 (0,69-1,00)	0,053	1,07 (0,93-1,25)	0,322	0,75 (0,58-0,98)	0,032	0,98 (0,86-1,12)	0,791	0,93 (0,81-1,07)	0,309
Sexo da criança										
Feminino (ref)										
Masculino	0,95 (0,79-1,15)	0,602	1,03 (0,89-1,19)	0,687	1,18 (0,91-1,53)	0,212	1,09 (0,95-1,25)	0,188	1,03 (0,90-1,19)	0,583
Condições Clínicas										
Tipo de fissura										
Fissura labial (ref)										
Fissura lábio-palatina unilateral	0,97 (0,76-1,24)	0,820	1,05 (0,87-1,26)	0,601	0,90 (0,65-1,27)	0,579	1,11 (0,94-1,30)	0,212	1,02 (0,86-1,22)	0,783
Fissura lábio-palatina bilateral	0,83 (0,63-1,11)	0,633	0,95 (0,75-1,18)	0,649	1,06 (0,71-1,57)	0,773	1,06 (0,86-1,31)	0,525	0,97 (0,78-1,20)	0,792
Fissura palatina	0,97 (0,75-1,25)	0,748	0,99 (0,79-1,23)	0,930	0,93 (0,66-1,32)	0,695	1,05 (0,88-1,27)	0,556	0,98 (0,81-1,19)	0,855
Fissura labial										
Ausência (ref)										
Presença	1,07 (0,87-1,32)	0,512	0,99 (0,84-1,17)	0,946	1,04 (0,78-1,39)	0,776	0,92 (0,80-1,06)	0,267	1,00 (0,86-1,17)	0,985
Fissura lábio-palatina unilateral										
Ausência (ref)										
Presença	1,03 (0,84-1,27)	0,757	1,07 (0,92-1,24)	0,374	0,91 (0,68-1,21)	0,508	1,07 (0,93-1,23)	0,352	1,03 (0,89-1,20)	0,61
Fissura lábio-palatina bilateral										
Ausência (ref)										
Presença	0,85 (0,66-1,09)	0,210	0,93 (0,77-1,12)	0,468	1,12 (0,79-1,58)	0,517	1,01 (0,84-1,21)	0,924	0,96 (0,80-1,16)	0,713
Fissura palatina										
Ausência (ref)										
Presença	1,03 (0,82-1,28)	0,823	0,93 (0,82-1,18)	0,854	0,95 (0,71-1,27)	0,747	0,99 (0,84-1,17)	0,954	0,98 (0,84-1,15)	0,801

RTR= Razão de Taxa Robusta; * Calculado pelo teste de qui-quadrado

DISCUSSÃO

O propósito do estudo foi avaliar a qualidade de vida dos pacientes com fissuras labiopalatinas com idade entre 8 a 12 anos e 13 a 18 anos, assistidos num Centro de Referência ao Tratamento de Anomalias Craniofaciais, tendo sido operados conforme o Protocolo de Atendimento destinados a esses pacientes e estando em atendimento ortodôntico.

O impacto à qualidade

de vida foi maior no grupo de crianças de 8 a 12 anos, quando comparados ao grupo de 13 a 18 anos. Pode-se sugerir que seja atribuído ao reflexo da assistência da equipe multidisciplinar, na reparação da fissura labiopalatina e da deformidade dentofacial, esta última em decorrência do tratamento ortodôntico realizado.

Os domínios avaliados pelo instrumento genérico de coleta foram à capacidade física (desempenho das atividades do dia a dia, visto que a adolescência é



caracterizada por intensa atividade em grupo), aspectos emocionais (aceite da aparência física e satisfação consigo mesmo decorrente de suas condições clínicas), aspectos sociais (relacionamento e inserção na sociedade) e atividade escolar. Praticamente todos os pacientes (99%) dos pacientes avaliados apresentaram um dos domínios impactando a qualidade de vida.

Outros estudos que avaliam a qualidade de vida do paciente com fissura, apesar de terem utilizado outros instrumentos, descrevem um impacto na qualidade de vida desses indivíduos, principalmente devido às cirurgias realizadas frequentemente: queiloplastia, palatoplastia, cirurgias de enxerto óssea, rinoplastia, cirurgias ortognáticas (Beluci & Genaro, 2016; Lee et al., 2008; Murphy et al., 2011; Pinto et al., 2012; Pisula et al.,

2014). Resultados de impacto negativo no pré cirúrgico, se intensificando no pós cirúrgico e melhora na qualidade de vida após 6 meses, sendo principalmente atribuído às modificações físicas com a alteração na aparência facial causada pela cirurgia (Beluci & Genaro, 2016).

Resultados favoráveis da percepção de qualidade de vida observados nesse estudo, faz remeter como causa a assistência integral a esses pacientes. Não se achou na literatura estudo que apresente a qualidade de vida de portadores de fissuras labiopalatinas sem assistência. Pinto et al. (2012) evidencia que os indivíduos nascidos com algum tipo desta deficiência aceitam melhor as limitações resultantes desta alteração do que os sem deficiência, e se apresentam mais resignados com os resultados cirúrgicos obtidos.



A reabilitação dos portadores de fissuras labiopalatinas se faz a partir de uma equipe multidisciplinar com abordagem interdisciplinar, almejando o cuidado humanizado e tratamento integral, estrutura presente na instituição onde se realizou a pesquisa.

A utilização de instrumentos genéricos são importantes como avaliação da qualidade de vida do paciente e informa a equipe multidisciplinar a realidade vivenciada, servindo de parâmetro para a adoção de novas ações (Lopes et al., 2011). O PedsQL 4.0 foi aplicado com bons resultados em outros estudos que investigou pacientes portadores de doenças crônicas como os pacientes asmáticos (Guedes, 2013; Klatchoian et al., 2008), hanseníase (Neder et al., 2015).

Por se tratar de um instrumento de avaliação genérico,

houveram limitações do estudo, porém resultados possam ser concluídos com propriedade.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir a qualidade de vida dos pacientes com fissuras, assistidos por equipe multidisciplinar, foi considerada boa, o que reforça a necessidade de uma abordagem ampla aos pacientes com fissuras labiopalatinas, focada nos aspectos psicossociais.

REFERÊNCIAS

Antunes LAA, Leão AT, Maia, LC. Impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão crítica e instrumentos de medida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(12): 3417-24.



Beluci ML, Genaro KF. Qualidade de vida de indivíduos com fissura labiopalatina pré e pós-correção cirúrgica da deformidade dentofacial. *Rev Esc Enferm USP*. 2016, 50(2):217-23.

Bondt B, Zentner A. Quality management in orthodontic practice. *Seminars in orthodontics*. 2007; 13(2): 122-6.

Brader HL, Wilson-Gerderson M, Sicho L, Norman RG. Examining factors associated with oral health-related quality of life for youth with cleft. *PRSJ*. 2014, 133(6): 828e-834e.

Brader HL, Wilson-Gerderson M, Sicho L. Examination of a theoretical model for health-related quality of life among youths with cleft. *American Journal of Public Health*. 2014; 104(5): 865-871.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica. Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – 2011. Brasília; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo. 3.ed.Brasília, 2001.

Broder HL, Norman RG, Sicho L, Wilson-Gerderson M. Evaluation of the similarities and differences in response patterns to the Pediatric Quality of Life Inventory and the child oral health impact scores among youth with cleft. *Qual Life Res*. 2014; 23(1): 339-47.

Broder HL, Wilson-Gerderson M, Sicho L. Examination of a



theoretical model for oral health-related quality of life among youths with cleft. *American Journal of Public Health*. 2014; 104(5): 865-71.

Broder HL, Wilson-Genderson M, Sisco L, Norman RG. Examining factors associated with oral health-related quality of life for youth with cleft. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2014; 133(6): 828-34.

Collet BR, Cloonan YK, Speltz M, Anderka M, Werler MM. Psychosocial functioning in children with and without orofacial clefts and their parents. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 2012; 49(4): 397-405.

Coutinho ALF, Lima MC, Kitamura MAP, Ferreira Neto J, Pereira RM. Perfil epidemiológico dos portadores de fissuras orofa-

ciais atendidos em um centro de referência do Nordeste do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2009; 9 (2): 149-56.

Damiano PC, Tyler MC, Romitti PA, Momany ET, Jones MP, Canady JW, Karnell MP, Murray JC. Health-related quality of life among preadolescents children with oral clefts: the mother's perspective. *Pediatrics*. 2007; 120(2): 283-90.

Eslami N, Majidi MR, Aliakbarian M, Hasanzadeh N. Oral health-related quality of life children with cleft lip and palate. *The Journal of Craniofacial Surgery*. 2013; 24(3): 340-3.

Fernandes TFS, Mesquita ST, Feniman MR. As repercussões sociais em indivíduos com distúrbios da comunicação associados às fissuras labiopalatinas com e



sem perda auditiva. *Audiol Commun Res.* 2015; 20(1): 40-7.

Ferreira CA, Loureiro CA, Araújo VE. Psychometrics properties of subjective indicator in children. *Rev. Saúde Pública.* 2004; 38(3): 1-7.

Figueirêdo CJR, Vasconcelos WKS, Maciel SSSV, Maciel WV, Gondim LAM, Tassitano RM. Prevalência de fissuras orais no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, entre 2000 e 2005. *Rev Paul Pediatr.* 2011; 29(1): 29-34.

Freitas AB, Carvalho CA, Martelli DRB, Barros LM, Bonan PRF, Martelli-Júnior H. Fissuras lábio-palatinas: estudo sobre a população assistida por um serviço de referência no Estado de Minas Gerais. *Arq Odontol.* 2009 abr-jun;45(2):107-12.

Geels LM, Kieffer JM, Hoogstraten J, Prahl-Andersen B. Oral health-related quality of life of children with craniofacial conditions. *Cleft Palate-Craniofacial Journal.* 2008; 45(5): 461-7.

Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. *Health and Quality of Life Outcomes.* 2004; 2(57): 1-8.

Goursand D, Paiva AM, Zarzar PM, Pordeus I, Grochowski R, Allison PJ. Measuring parental-caregiver perceptions of child oral health-related quality of life: psychometric properties of the brazilian version of the P-CPQ. *Braz. Dent. J.* 2009; 20(2): 169-74.

Guedes MP. Avaliação da quali-



dade de vida em crianças e adolescentes com asma. Dissertação de Mestrado em Medicina. Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2013.45p.

Guerrero CA. Cleft lip and palate surgery: 30 years follow-up. *Ann Maxillofac Surg.* 2012; 2(2): 153-7.

Jokovic A, Locker D, Tompson B, Guyatt G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. *Pediatric Dentistry.* 2004; 26(6): 512-18.

Klatchoian DA, Len CA, Terrieri MTRA, Silva M, Itamoto C, Ciconelli RM, Varni JW, Hilário MOE. Qualidade de vida de crianças e adolescentes de São Paulo: confiabilidade e validade da versão brasileira do questionário genérico Pediatric Quality

of Life Inventory™ versão 4.0. *Jornal Pediatric.* 2008; 84(4): 308-15.

Lee S, McGrath C, Samman N. Impacto f orthognathic surgery on quality of life. *J Oral Maxillofac Surg.* 2008; 66(6): 1194-9.

Lopes M, Koch VHK, Varni JW. Tradução e adaptação cultural do Peds QLTM ESRD para a língua portuguesa. *J. Bras. Nefrol.* 2011; 33(4): 448-56.

McGrath C, et al. A national study of the importance of oral health to life quality to inform scales of oral health related quality of life. *Qual Life Res.* 2004; 13: 813-8.

Monlleó IL, Lopes VLG. Anomalias crânio-faciais: descrição e avaliação das características gerais de atenção no Sistema Único



de Saúde. 2006; 22(5): 913-22.

Moosey P, Little J, Thomas GM. Epidemiology of oral clefts: na internacional perspective. In: Wyszynski DF, ed. Cleft Lip and Palate: from origin to treatment. Oxford: Oxford Iniversity Press; 2002.

Motta LJ, Tanizagá NH, Guedes CC, Fernandes KPS, Mesquita-Ferrari, RA, Bussadori SK. ConScientide Saúde. 2011; 10(4): 715-22.

Murphy C, Kears G, Sleeman D, Cronin M, Allen PF. The clinical relevance of prthognathic surgery on quality of life. Int J Oral Maxillofac Surg. 2011;40(9):926-30.

Neder L, Weelden MV, Viola GB, Lourenço DM, Len CA, Silva CA. Qualidade de vida relaciona-

da à saúde avaliada pelo Inventário Pediátrico de Qualidade de Vida 4.0 em pacientes pediátricos com hanseníase e manifestações musculoesqueléticas. Rev. Bras. Reumatol. 2015; 55(5): 414-9.

Pazinato LV, Bonow MP, Moraes RFP, Liebl S, Suetugo R, Pereira PPA, Freitas RS, Maluf EMCP. Qualidade de vida de crianças e adolescentes portadores de fissura labiopalatal na visão dos cuidadores. Rev Bras Cir Craniomaxilofac. 2011; 14(4): 2011.

Prahl C, Prahl-Andersen B. Craniofacial Anomalies and quality of life. Seminars in Orthodontics. 2007; 13(2): 116-21.

Petersen PE. The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health



Programme. World Health Organization, 2003. Disponível em: www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf. Acesso em: julho de 2014.

Pinto RR, Oliveira FP, Trindade Júnior AS. Qualidade de vida em adultos com fissura labiopalatina. Bol Acad Paulista de Psicologia. 2012; 32(82): 75-87.

Pisula E, Lukowska E, Fudalej OS. Self-esteem, coping styles, and quality of life in polish adolescents and Young

Raposo-do-Amaral EC, Kuczynski E, Alonso N. Qualidade de vida de crianças com fissura labiopalatina: análise crítica dos instrumentos de mensuração. Rev. Bras. Cir. Plást. 2011; 26(4): 639-44.

Ribeiro EM, Moreira ASCG.

Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. RBPS. 2005; 18(1): 31-40.

Sá LCA. Avaliação da atenção básica odontológica oferecida pela estratégia de saúde da família de Pernambuco aos portadores de fissura labiopalatina na visão dos pais e responsáveis: estudo transversal. 2011. [monografia]. Residência Multiprofissional em Saúde – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira.

Silva LS, Silva RF, Leandro TP, Macedo FRM, Souza ALT, Souza BOP, Soares EA. Orientações recebidas pelas mães de crianças com fissura labiopalatina. Arq Ciên Saúde. 2015; 22(2): 88-93.

Silva Filho OG, Ferrari Júnior FM, Rocha DL, Freitas JAS.



Classificação das Fissuras Lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. Rev Bras Cir. 1992 mar-abr;82(2):59-65.

Strauss RP. Developing a cleft palate or craniofacial team. In: Wyszynski DF. Cleft lip and palate. New York: Oxford, 2002.

Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(11): 2555-64.

Tovani-Palone MR. Fissuras labiopalatinas: pós-operatório com vastos nichos microbiológicos? Rev Fac Med. 2015; 63(1): 177-8.

Trindade IEK, Silva Filho, OG. Fissuras Labiopalatinas: uma

abordagem interdisciplinar. São Paulo: Santos, 2007.

Wong M, Olds T, Gold L, et al. Time-use patterns and health-related quality of life in adolescents. Pediatrics. 2017.



COVID-19 THERAPEUTICAL OPTIONS: OVERVIEW ON CURRENTLY ANTIMALARIALS AND ANTIPARASITIC DRUGS USED

Idrys Henrique Leite Guedes¹

Gregório Dantas dos Santos²

Antonio Bonildo Freire Viana³

Geldane da Silva Araújo⁴

Tálio Câmara Pinto dos Santos⁵

Cláudia Jassica Gonçalves Moreno⁶

Silvia Tavares Donato⁷

Abstract: Given the amount of scientific knowledge produced and published daily about the new coronavirus, this study sought to review evidence on some of the drugs used to treat Acute Respiratory Infection Syndrome caused by the COVID-19 virus. Thus, antimalarials and antiparasitics were evaluated regarding chemical and pharmacological aspects, including mechanism of

1 Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande - PB

2 Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande - PB

3 Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande - PB

4 Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande - PB

5 Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande - PB

6 Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal - RN

7 Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande - PB



action, toxicity, adverse effects and recommendation for use in the treatment of COVID-19.

Keywords: COVID-19; Therapeutic Approaches; Drug Therapy

Background

Epidemiological and virological studies suggest that COVID-19 transmission occurs mainly from symptomatic people to others, by direct contact through respiratory droplets eliminated by the upper respiratory tract (such as nose and throat). In the first 3 days from the onset of symptoms when patients with infection cough, sneeze, or even during a conversation or by contact with contaminated objects and surfaces. Also, other forms of transmission are sug-

gested, such as by hugging and close contact (e.g. contact with the mouth, nose, or conjunctiva of the eyes through the infected hands). It has not been recognized so far, COVID-19 mother-to-child transmission during breastfeeding (HEMMATI et al., 2020).

Several repeated collected biological samples from confirmed patients with the virus has demonstrated that the incubation period for COVID-19 (which is the time between exposure to the virus – infection, and the onset of symptoms) is on average 5 to 6 days, but it can last up to 14 days. During this period, also known as the “pre-symptomatic” period, some infected people can be highly contagious, from 1 to 3 days before the onset of symptoms (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

After the incubation



period of the disease, it is recognized that the infection by COVID-19 exhibits three degrees of increasing severity, which correspond to distinct clinical forms. The first stage (mild) is referred to by an early infection that occurs at the time of inoculation of the virus and the onset of the disease, associated with mild and often non-specific symptoms such as malaise, fever, and dry cough. In the second stage, occurs the viral multiplication and localized inflammation in the lung and establishing of pneumonia, follow by cough, fever, and possibly hypoxia. A minority of patients with COVID-19 will make the transition to the third and more severe stage of the disease, which manifests itself as an extrapulmonary hyper inflammation syndrome. Besides, systemic inflammation markers may be increased and observed

by inflammatory cytokines and elevated biomarkers such as IL-2, IL-6, IL-7, significantly in patients of this more severe stage (SIDDIQI; MEHRA, 2020).

Information about this new coronavirus is still limited to characterize the clinical disease spectrum, as many pieces of evidence are based on early analysis of cases of previous coronavirus infections, such as Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) and Middle East Respiratory Syndrome (MERS). Thus, it is ratified that the clinical characteristics are not specific and can be similar to those caused by respiratory viruses, and it is recommended to consult the periodical updates disclosed by official health institutions, such as the Ministry of Health, the Brazilian Health Agency.

The PCR (Polymerase Chain Reaction) test, recommen-



ded for laboratory diagnosis, amplifies sequences of RNA of the virus and, this, enables its identification. However, it was observed that PCR sensitivity is reduced when using samples with low viral load. PCR diagnostic accuracy seems to be influenced by the type of sample collected for the test and the time of clinical evolution. Samples often used include nasopharyngeal or oropharyngeal swab (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a, 2020b).

Serological tests, applied as rapid laboratory tests through IgM and IgG antibody identification for SARS-CoV-2, are not recommended for diagnostic confirmation of patients with recent onset symptoms because the immunologic window time reduces the sensitivity of the test when applied in early stages of the disease. It is worth noting that the role of rapid tests in the

screening of asymptomatic people or in the identification of people with IgM antibodies in order to correlate acquired immunity remains unclear (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a, 2020b).

The rapid test category is divided into tests for the detection of SARS-CoV-2 antibodies in whole blood, serum and plasma samples, and nasopharyngeal and/or oropharyngeal swab tests for detection of viral antigen by immunofluorescence. However, the role of these tests for the detection of viral antigens remains uncertain, due to the absence of studies that assess their accuracy. Thus, considering the above limitations, sequential testing in patients with a compatible clinical picture is justified, since the presence of positive results in the PCR test and the serological tests is highly suggestive of infection by the SARS-CoV-2 virus, con-



sidering the high specificity of these tests and that there is no evidence of cross-reactivity in published studies (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a, 2020b).

Literature Review:

Antimalarials drugs - CHLOROQUINE

CHEMICAL STRUCTURE, CLINICAL INDICATION AND PHARMACOLOGY

It is an antimalarial derived from the chemical compound 4-aminoquinoline. Chloroquine is an immunomodulatory drug with other therapeutic indications such as amoebic liver abscess, systemic lupus erythematosus, rheumatoid arthritis, juvenile idiopathic arthritis, Sjogren's syndrome. Besides, antiviral action against viruses, including HIV type 1, hepatitis B, and

herpes simplex type 1. This drug also can act as antipyretic and anti-inflammatory. Currently, the disuse in the above-mentioned treatments is verified, due to the toxic character, and manifestations of ototoxicity and retinopathy. Besides several other side effects that can affect the most diverse organic systems, causing several complications such as dizziness, headaches, dermatological alterations, gastrointestinal symptoms, among many others (COLSON et al., 2020; DELVECCHIO et al., 2016).

HYDROXYCHLOROQUINE

The drug presents a chemical structure similar to chloroquine, which is derived from 4-aminoquinolin, and a single addition of hydroxyl radical. Characterized as immunomodulatory and widely used in the treatment of malaria and rheu-



matologic affections. The use of hydroxychloroquine has raised many concerns due to the systemic distribution potential that leads to the appearance and increasing of toxic effects becoming lethal to the individual. Also, prolonged use in chronic renal or liver dysfunction patients can possibly induce clinical presentations of cardiotoxicity. Many studies revealed that these adverse effects of the therapeutic administration may trigger the generation of collateral damage, with the consequent appearance of conduction disorders and branch blocking. Due to the suppressive cardiological effect of the drug on the sinoatrial node with heart failure, which can generate more serious cardiotoxic complications. Besides, subsequent occurrence of arrhythmias and, in more harmful cases, the appearance of acute circulatory failu-

re. Thus, it is appropriate to state that the pharmacological use of hydroxychloroquine should be primarily guided by scientific evidence that corroborates its efficacy on the basic pathology that is sought to combat (MENEZES; SANCHES; CHEQUER, 2020; SUÁREZ-MUTIS; MARTÍNEZ-ESPINOSA; CLAUDIA GARCIA SERPA OSORIO-DE-CASTRO, 2020).



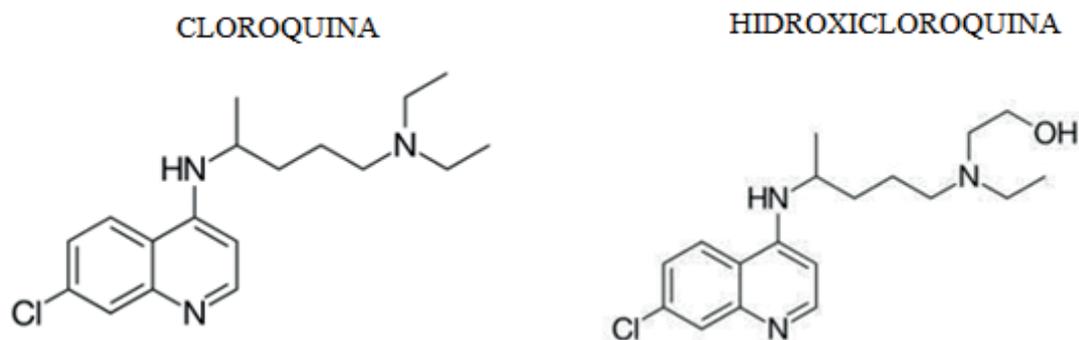


Figure 1. Chemical structures of chloroquine and hydroxychloroquine

PHARMACOLOGY OF ANTIMALARIALS

Biological and pharmacological analysis of numerous authors demonstrated that both chloroquine and hydroxychloroquine participations in the immunomodulation of several cytological and biochemical reactions that occur in the organism infected by SARS-CoV-2. These drugs can be triggering blocking the activity of coronavirus spike protein, whose biological function is linked, and allow the entrance in the cells. This hypothesis recei-

ved even more engagement due to the already recognized antiviral character against the human immunodeficiency virus. Since its pharmacological action inhibits the entry of the virus into the host cells. From this, several researchers have deepened their studies on the future expectations about the performance of hydroxychloroquine and chloroquine, showing, for example, the existence of possible inhibitory action on the replication of SARS-CoV-2 (COLSON et al., 2020; ZHOU; DAI; TONG, 2020).

The pharmacological



spectrum of the mentioned anti-malarial drugs, include the inhibition of the angiotensin 2 converting enzyme (ECA 2) through its terminal glycosylation. Which become perceptible and makes the cell receptor unfeasible, preventing the connection of the virus to the cell. Moreover, the presence of drugs inside the cell can culminate with increasing of the endosome's pH, contributing to the minimization of infection by SARS-CoV-2. Because can hinder or even inhibits the performance of the spike protein, and prevents the virus from penetrating the cell.

Several studies showed that hydroxychloroquine and chloroquine can modulate the generation of the pro-inflammatory response, precisely by reducing the secretion of cytokines. Thus, the cellular response would be inhibited or blocked by the ter-

minal glycosylation of ECA 2 or even by the endosomal alteration of pH. These events can lead in a decrease of the typical exacerbated immune response, commonly triggered by the permanence of viral infection. Due to these arguments, it can be affirmed that the numerous researches carried out on the potential therapeutic capacity of these drugs on COVID-19 had a strengthened theoretical basis, since, from these ideals, the drugs could be revealed as great drug alternatives for viral treatment (MENEZES; SANCHES; CHEQUER, 2020; ROSA; SANTOS, 2020).

MECHANISM OF ACTION AND ACTIVITY AGAINST COVID-19

Molecular docking studies, involving the use of hydroxychloroquine and chloro-



quine, associated with structure of ACE2 and SARS-CoV-2 the structure was performed in many studies. The analyze of potential interactions between drugs and the crystalline structures of viral proteins, aiming mainly at the discovery of possible effects on RNA-polymerase, since it is the main enzyme responsible for RNA synthesis. However, during in silico analyses, it became evident that both hydroxychloroquine and chloroquine do not have a spectrum of activity capable of providing great influence on the COVID-19 virus. The aminoquinolines derived showed no ability to interact with the viral proteins, active bound sites. Although they demonstrated a certain affinity, in the allosteric site, on some amino acids (ASP350, ASP382, ALA348, PHE40, and PHE390) of ACE2 (CELİK; ONAY-BE-SİKCİ; AYHAN-KILCIGİL,

2020).

On the other hand, it was discovered that hydroxychloroquine, in comparison with chloroquine, exhibited a greater capacity of interaction with the allosteric site of ACE2. Thus evidencing the effect of promoting an effective conformational alteration in the enzyme structure, gaining the function of blocking. Consequently, the interaction of the spike protein of SARS-CoV-2 on ACE2, potentially hindering the binding of the virus in the biological enzymatic structure of the host cell, thus causing the interruption of the continuation of viral infection. However, it is important to point out that, even in the presence of allosteric blocks on the active region of the ACE2 enzyme. There may be other types of interactions that contribute to the increase and continuation of the infecting capacity of



the virus, such as the awakening of a competitive activation, in which the viral particle begins to compete with the hydroxychloroquine to bind with the enzymatic receptor, thus being able to remain with the maintenance of its pathogenic cycle (CELİK; ONAY-BESİKÇİ; AYHAN-KILCIGİL, 2020).

TOXICITY AND ADVERSE REACTIONS

Chloroquine and hydroxychloroquine cause several adverse effects that can be detrimental to the integrity of the human body infected by SARS-CoV-2. The adverse effects can be general or specific, reaching, in this case, the most diverse organic systems, such as ophthalmic, dermatological, gastrointestinal, neuromuscular, cardiologic, and hematologi-

cal, taking into account, also, that the appearance of effects on these last two systems (cardiologic and hematological) tends to be quite rare (LACAVA, 2010; PONCHET et al., 2005; SUÁREZ-MUTIS; MARTÍNEZ-ESPINOSA; CLAUDIA GARCIA SERPA OSORIO-DE-CASTRO, 2020).

The following in table 1, showed a large list of adverse reaction that can be caused by the use of anti-malarial drugs:



Chart 1. Adverse reactions that can be caused by the use of chloroquine and hydroxychloroquine.

Systems	Adverse Effect
General Adverse Reactions	Itching, Dizziness, Headache, Loss of Appetite, Nausea, Vomiting, Abdominal Pain, Diarrhea, Tinnitus, Irritability, Blurred Vision, Fever
Ophthalmic	Photosensitivity and ocular toxicity with accumulation and formation of mild retinal edema, retinopathy and even macular degeneration.
Dermatological	Pigmentary changes in the skin and mucous membranes, with discoloration and hair loss, erythroderma, fixed pigmentary erythema, exfoliative dermatitis, exacerbation of psoriasis, etc.
Gastrointestinal	Anorexia, Colic, Diarrhea and Nausea. Rarely, there may be liver failure and hepatitis.
Neuromuscular	Fatigue and Myalgia. In rare cases, myopathy and sensory-motor neuropathy may occur.
Neurological	Headache, Insomnia, Nervousness, Irritability and more rarely seizures, psychosis and depressive conditions.
Cardiovascular (rare clinical event)	Conduction disorders with bundle branch block, biventricular hypertrophy and heart failure
Hematological (extremely rare)	Hemolysis, Reversible Agranulocytosis, Leukopenia, Thrombocytopenia, Aplastic Anemia.

In general, both drugs (chloroquine and hydroxychloroquine) can promote the same sides effects. However, a difference that deserves to be highlighted is the fact that the inciden-

ce of complications tends to be different according to the drug. Chloroquine therapy, for example, is more characterized by the concern with the appearance of toxic effects that fall more



on the ear and the retina of the patient. On the other hand, the use of hydroxychloroquine has emphasized more the recurrence of the appearance of cardiotoxic effects on patients. However, it is relevant to emphasize that both drugs can produce toxicity on the same organic systems, not having a cardiotoxic effect only for those individuals who use hydroxychloroquine. Finally, it is also necessary to clarify that the great majority of the adverse effects that can be triggered, present a reversible character, from the moment the suspension or even the reduction of the drug administration occurs. In some cases, about 10% to 18% of the patients must interrupt the use of antimalarials due to the appearance of potentially intolerable adverse clinical manifestations (PONCHET et al., 2005; SUÁREZ-MUTIS; MARTÍNEZ-ES-

PINOSA; CLAUDIA GARCIA SERPA OSORIO-DE-CASTRO, 2020).

RECOMMENDATIONS ON THE TREATMENT OF COVID-19

According to the most recent updates, the World Health Organization (WHO) has definitively finalized studies involving research on chloroquine and hydroxychloroquine as potential drugs to be used in SARS-CoV-2 infected patients. Despite the numerous analyses performed by several countries, the WHO reported that the results obtained showed little or no reduction in mortality of patients hospitalized with COVID-19, thus declaring the immediate interruption of investigations and clinical trials that addressed the use of antimalarials (PAHO, 2020b, 2020a).



In June 2020, the Food and Drug Administration (FDA), an agency of the United States Department of Health and Human Services, officially revoked the authorization allowing the emergency use of chloroquine and hydroxychloroquine for the treatment of hospitalized patients, because scientific evidence was revealed that there was not enough clinical benefit on such patients. These conclusions were reached because of the serious adverse and cardiotoxic effects that can be generated, as well as the minimal or even no improvement in the rapid recovery of patients. Besides this scenario, several conclusions were obtained through scientific researches developed by several international entities, such as the clinical trials entitled RECOVERY, SOLIDARITY, and DISCOVERY, which were characterized by evaluating

the effectiveness of the therapeutic capacity of hydroxychloroquine on patients with COVID-19, to prove or refute whether the antimalarial treatment is effective against SARS-CoV-2 (ADER, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, [s. d.]). Sequentially, all these trials, conducted internationally, have demonstrated that the pharmacological use of hydroxychloroquine does not produce beneficial effects for individuals infected with SARS-CoV-2, and it is advisable to discontinue its use. With the proper verification of the conceptual data and perceiving the doubtful safety and inefficiency of the drug against the viral infection by SARS-CoV-2, the argument that its use should be interrupted, even in cases of routine use, as a measure of prevention against the disease, because there is no applicability, proof and much



fewer benefits that justify its use for the treatment of COVID-19 has become even stronger (GUP-TA; MALVIYA, 2020; RIZZO, 2020).

ANTIPARASITIC

CHEMICAL STRUCTURE, PHARMACOLOGY AND CLINICAL INDICATION

IVERMECTIN

Ivermectin was discovered in 1975 by Professor Satoshi Ōmura as a fermentation product of *Streptomyces avermitilis* bacteria, being included in the class of avermectins (figure 2). Since then, is a broad-spectrum agent used in the treatment of several mammals' diseases caused by invertebrate animals or viruses. The drug is a mixture of 80% 22, 23-dihydro-ivermectin B1a and

20% 22, 23-dihydro-ivermectin B1b, with pharmacological activity (BANERJEE et al., 2020; RIZZO, 2020).

This drug has been widely used as an anthelmintic, pesticide, and insecticide. Ivermectin shows an affinity for several families of ionic channel receptors in the parasite, especially glutamate-controlled chloride channels. With its action, hyperpolarization of the parasite cell membranes occurs with inhibitory neurotransmission blocking in myocytes, resulting in paralysis and death of the parasite. In theory, the receptors of the ionic channels of host mammals would also be targeted by the drug. However, in therapeutic concentrations, the affinity of the drug is about 100 times lower in the vertebrate host (animal or human) than in the helminth parasite, for example. Furthermore,



the blood-brain barrier prevents the drug from entering the central nervous system of the hosts in general. Besides the drug does not reach GABA-ergic receptors of the chlorine channels in the brain and shows a benefit from the therapeutic effect as antiparasitic. Mechanisms of anti-tumor action have been identified, with the induction of cell death in cancer cell lines (BANERJEE et al., 2020).

It has demonstrated efficacy in several viruses both in vitro and in vivo, with emphasis on RNA viruses - for example, the

Dengue virus strains (DENV), the West Nile virus (WNV), the Venezuelan equine encephalitis virus (VEEV), the Influenza virus, and the pseudorabies virus (PRV), a DNA virus. The antiviral action mechanism proposes ivermectin as an inhibitor of nuclear transport mediated by the heterodimer of the host import (α/β 1), responsible for the translocation of proteins of various viral species, indispensable for their replication (NATIONAL CENTER FOR BIOTECHNOLOGY INFORMATION, [s. d.]; WAGSTAFF et al., 2012).

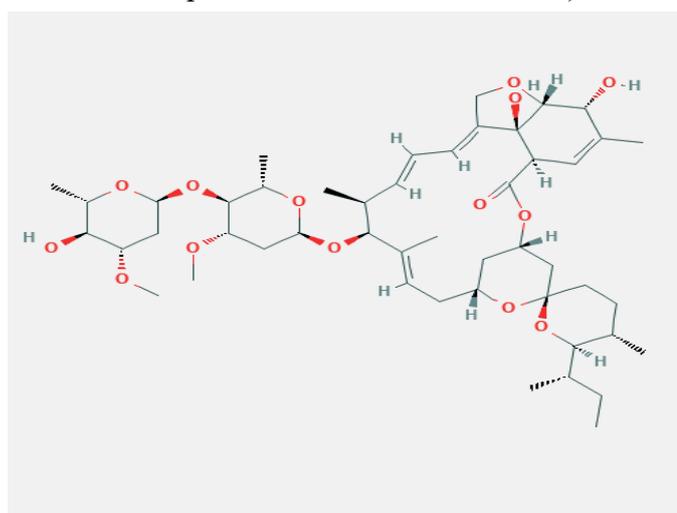


Figure 1. Chemical structure of Ivermectin.



In Brazil, according to the National Health Surveillance Agency (ANVISA), ivermectin is intended for the treatment of intestinal strongyloidiasis, onchocerciasis, filariasis, ascariasis, scabies, and pediculosis. Contraindications include cases of hypersensitivity to avermectins and patients with conditions that compromise the integrity of the blood-brain barrier - for example, meningitis. It is also contraindicated in children under 15 kg or under 5 years of age because, due to the insufficient amount of clinical data regarding treatment in this age and body weight range, there is still no safety and effectiveness established for these patients (ANVISA, 2007).

MECHANISM OF ACTION AND SPECTRUM OF ACTI- VITIES IN COVID-19

In the search for clinical evidence, models of the drug's action in relation to the SARS-CoV-2 virus have been proposed. A work has demonstrated in vitro inhibition of the replication of the SARS-CoV-2 virus by ivermectin, which, added to the built knowledge of the antiviral potential, endorsed a research front in the pharmacological treatment of COVID-19. Considering that this is an RNA virus, there is a possibility that the pharmacodynamics is in accordance with the mechanism of inhibition of the importin $\alpha/\beta 1$ (heterodimer of transport of the host), compromising the translocation of viral proteins in the cell of the host. However, there is the prospect of ivermectin acting as an ionophore agent, a substance capable of ions binding (usually cations) by a more internal binding site in its molecule. Thus, being externally more



hydrophobic, and able to cross membranes, and affect the hydro electrolyte balance of cells and biological environment. Thus, it is speculated that two molecules of the drug may react with each other, forming a suitable complex to fulfill this ionophore role by causing the viral capsule osmotic lysis (RIZZO, 2020).

TOXICITY AND ADVERSE REACTIONS

The adverse effects caused by ivermectin are, in general, light and transitory. Gastrointestinal events (diarrhea, nausea, asthenia, abdominal pain, anorexia, constipation, and êmesis) rarely occur. Dizziness, drowsiness, vertigo, and tremor may also occur, as well as itching, eruptions, and urticaria. Specifically, in the treatment of onchocerciasis, adverse reactions are observed - na-

mely, Mazzotti reaction and ophthalmic reactions. Besides, it is recommended that the administration of ivermectin concomitant with CNS depressant drugs be cautious (ANVISA, 2007). No scientific publications report adverse effects of ivermectin were found in the therapeutic context of COVID-19.

RECOMMENDATIONS ON THE TREATMENT OF COVID-19

Some protocols of clinical management recommendations elaborated in Brazilian municipalities foresee the use of ivermectin already in the initial phase of infection, in outpatient environments. However, ANVISA states that there are no conclusive studies regarding the use of drug for the treatment of COVID-19, as well as the use of



the drug for indications not provided in the package leaflet is the choice and responsibility of the prescribing physician (ANVISA, 2020). The Pan American Health Organization (PAHO), in a note published in June 2020, highlighted the insufficient evidence so far for the use of ivermectin in the treatment of COVID-19, as well as the risk of the use of higher dosages concerning that approved by the Food and Drug Administration (FDA) to obtain the potential antiviral effect. The document advocated the use of ivermectin and other therapies not yet proven only in the context of randomized clinical trials (PAHO, 2020c).

NITAZOXANIDE

CHEMICAL STRUCTURE, PHARMACOLOGY AND CLINICAL INDICATION

Nitazoxanide or 2-acetyloxy-N-(5-nitro-2-thiazolyl) benzamide, was synthesized in the early 1970s and developed as an oral antiparasitic drug (figure 3). It obtained national indication status for treatments when, in 2002, the American Food and Drug Administration (FDA) approved for management of diarrhea and enteritis caused by *Cryptosporidium* spp. and *Giardia lamblia*. In addition to the antiparasitic effect, nitazoxanide has demonstrated in vitro efficacy against a wide range of gram-positive and gram-negative anaerobic bacteria, as well as against strains of *Mycobacterium tuberculosis* and *Clostridium difficile*.

The mechanism of action of this drug involves the inhibition of the enzyme pyruvate-ferredoxin oxidoreductase



(PFOR), essential in anaerobic metabolism. It is also proposed that the nitazoxanide acts as a decoupler, breaking the membrane potential and the homeostasis of the parasite's intra-organism

(MAHMOUD; SHITU; MOSTAFA, 2020; ROSSIGNOL, 2014).

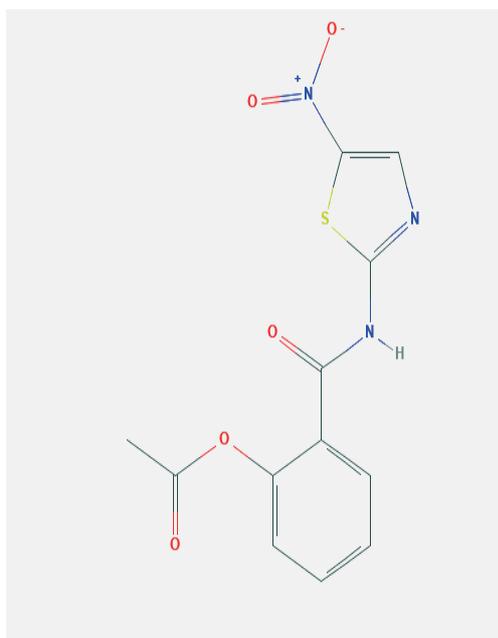


Figure 3. Chemical structure of Nitazoxanide.

Nitazoxanide has also demonstrated in vitro broad-spectrum antiviral activity. Influenza, Respiratory Syncytial Virus (RSV), norovirus, rotavirus, and hepatitis B and C viruses were susceptible to laboratory

tests. Studies with the Influenza virus, demonstrated that nitazoxanide inhibits the ERp57 protein present in the endoplasmic reticulum of the host cells. Thus, blockage the hemagglutinin viral maturation, and the intracellular traffic of the viral components



would be impaired. Some studies demonstrated that nitazoxanide, the active metabolite of nitazoxanide, inhibited the maturation of two rotavirus viral glycoproteins. These are structural and replication protein of the virus in the host cell. Another studies with human norovirus, the inhibition of viral replication and the stimulation of cell antiviral response was attributed to the nitazoxanide metabolite, especially by the expression of the interferon 1 regulator factor (GAMIÑO-ARROYO et al., 2019; MAHMOUD; SHITU; MOSTAFA, 2020; NATIONAL CENTER FOR BIOTECHNOLOGY INFORMATION, 2005).

Currently, nitazoxanide is indicated in Brazil for the treatment of viral gastroenteritis caused by rotavirus and norovirus; helminthiasis caused by nematodes, cestodes, and trematodes; diarrhea caused by acute

intestinal amebiasis or amebic dysentery; giardiasis; cryptosporidiosis; blastocystosis, balantidiasis, and isosporiasis.

TOXICITY AND ADVERSE REACTIONS

Nitazoxanide is a medicine contraindicate in diabetes, liver or kidney disease, and hypersensitivity patients, and also for children under 12 years. Pregnant women and women in the lactation period have category B risk, so it should only be administered if the benefits justify the potential risk for the fetus or infant. Patients in use may experience abdominal pain such as colic, diarrhea, nausea, amenesis and headache, as well as color change in physiological fluids (e.g., urine and sperm). Less common, allergies, anemia, hyperhidrosis, itching, increased



salivary glands and other adverse reactions can occur. Nitazoxanide has high binding rates to plasma proteins. Therefore, there should be caution when administered together with other drugs with this same property - for example, warfarin and phenytoin. Moreover, the ingestion of nitazoxanide with food increases its absorption capacity by the organism (increase of the “area under the curve” and the maximum concentration in the blood (ANVISA, 2007). No scientific publications with reports of adverse reactions by nitazoxanide have been found in the therapeutic context of COVID-19.

RECOMMENDATIONS FOR USE ON COVID-19 TREATMENT

Over the last of few years, in vitro studies have tested

the activity of this drug in relation to some species of coronavirus. It has been demonstrated that nitazoxanide inhibits the replication of canine coronavirus S-378, within certain culture and dosage specifications. Other studies were showed similar results for the murine coronavirus, the mouse hepatitis virus strain A59 (MHV-A59), bovine coronavirus strain (BCoV-L9), human enteric coronavirus (HECoV-4408) and Middle East Respiratory Syndrome coronavirus (MERS-CoV). Nitazoxanide also seemed to inhibit the expression of viral N protein from some strains of the group (ROSSIGNOL, 2016).

Besides the antiviral activity, it has also been observed that nitazoxanide inhibits the production of pro-inflammatory cytokines in mononuclear cells of peripheral blood, being the reduction of IL-6 representative of



this activity. The appearance of SARS-CoV-2 and its clinical manifestation in humans was resulted in vitro experimentation endorsement execution of clinical tests with this drug. By July 2020, there were 14 clinical trials that included nitazoxanide in their testing protocol. Accordingly, to its antiviral activity, immunomodulatory role, or yet another less known mechanism, nitazoxanide is expected to contribute, within certain therapeutic schemes, to good clinical outcomes in COVID-19 (MAHMOUD; SHITU; MOSTAFA, 2020; ROSSIGNOL, 2016).

The World Health Organization (WHO) and the Pan American Health Organization (PAHO) have not yet released specific notes with recommendations regarding nitazoxanide. However, this drug fits in the recommendations with insufficient

clinical evidence and that require results from randomized clinical trials.

The pandemic caused by SARS-CoV-2 has led to the use of several drugs for the treatment and even prevention of infection, although many of these have not been sufficiently evaluated for administration efficacy and safety for such purposes. In view of the multiplicity of treatment protocols adopted by each medical care institution, as well as the vast number of papers hitherto published, the present study sought to gather the data published so far on some of these drugs used. Antimalarials, antiparasitic, antiviral, anti-inflammatory and anticoagulant were evaluated for their chemical and pharmacological aspects, including mechanism of action, toxicity, adverse effects and use recommendation for the treatment of COVID-19.



In view of the growing scientific interest in immunotherapy, the use of this therapeutic tool to treat the disease was also discussed.

Concluding Remarks

The pandemic caused by SARS-CoV-2 has led to the use of several medications for the treatment and even prevention of infection, although many of them have not been sufficiently evaluated regarding the efficacy and safety of administration for such purposes. With these uncertainties, the number of divergent opinions grows with which therapeutic tactics should be used in COVID-19. Therefore, an approach must be carried out using protocols that differentiate the phase in which viral pathogenicity is dominant versus when the host's inflammatory response overcomes the pathology, so

that the use of different drugs obtains viable potential effects. Given the multiplicity of treatment protocols adopted by each health care institution, as well as the large number of articles published so far, studies that seek to gather the data published so far on antimalarial and antiparasitic drugs used for the treatment of COVID-19 are important for a better therapeutic decision.

References:

ADER, F. Protocol for the DisCoVeRy trial: multicentre, adaptive, randomised trial of the safety and efficacy of treatments for COVID-19 in hospitalised adults. *BMJ Open*, [s. l.], v. 10, n. 9, p. e041437, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041437>

ANVISA. *Bulário Eletrônico*.



[S. 1.], 2007. Available at: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp.

ANVISA. Nota de esclarecimento sobre a ivermectina. [s. 1.], 2020. Available at: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/nota-de-esclarecimento-sobre-a-ivermectina>

BANERJEE, K. et al. The Battle against COVID 19 Pandemic: What we Need to Know Before we “Test Fire” Ivermectin. *Drug Research*, [s. 1.], v. 70, n. 08, p. 337–340, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1055/a-1185-8913>

CELİK, I.; ONAY-BESİKCİ, A.; AYHAN-KILCIGİL, G. Approach to the mechanism of action of hydroxychloroquine on SARS-CoV-2: a molecular docking study. *Journal of Biomolecular Structure and Dynamics*, [s. 1.],

p. 1–7, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1080/07391102.2020.1792993>

COLSON, P. et al. Chloroquine and hydroxychloroquine as available weapons to fight COVID-19. *International Journal of Antimicrobial Agents*, [s. 1.], v. 55, n. 4, p. 105932, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105932>

DELVECCHIO, R. et al. Chloroquine, an Endocytosis Blocking Agent, Inhibits Zika Virus Infection in Different Cell Models. *Viruses*, [s. 1.], v. 8, n. 12, p. 322, 2016. Available at: <https://doi.org/10.3390/v8120322>

GAMIÑO-ARROYO, A. E. et al. Efficacy and Safety of Nitazoxanide in Addition to Standard of Care for the Treatment of Severe Acute Respiratory Illness.



Clinical Infectious Diseases, [s. l.], v. 69, n. 11, p. 1903–1911, 2019. Available at: <https://doi.org/10.1093/cid/ciz100>

GUPTA, A.; MALVIYA, A. Chloroquine and hydroxychloroquine for COVID-19: time to close the chapter. Postgraduate Medical Journal, [s. l.], p. postgradmedj-2020-138585, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138585>

HEMMATI, F. et al. Mysterious Virus: A Review on Behavior and Treatment Approaches of the Novel Coronavirus, 2019-nCoV. Archives of Medical Research, [s. l.], v. 51, n. 5, p. 375–383, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2020.04.022>

LACAVA, A. C. Complicações oculares da terapêutica com a cloroquina e derivados. Arquivos

Brasileiros de Oftalmologia, [s. l.], v. 73, n. 4, p. 384–389, 2010. Available at: <https://doi.org/10.1590/S0004-27492010000400019>

MAHMOUD, D. B.; SHITU, Z.; MOSTAFA, A. Drug repurposing of nitazoxanide: can it be an effective therapy for COVID-19? Journal of Genetic Engineering and Biotechnology, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 35, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1186/s43141-020-00055-5>

MENEZES, C. R.; SANCHES, C.; CHEQUER, F. M. D. Efetividade e toxicidade da cloroquina e da hidroxicloroquina associada (ou não) à azitromicina para tratamento da COVID-19. O que sabemos até o momento? Journal of Health & Biological Sciences, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 1, 2020. Available at: <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v8i1.3206.p1->



9.2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19 versão 1. [S. l.], 2020a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia de vigilância epidemiológica Covid-19. [s. l.], 2020b.

NATIONAL CENTER FOR BIOTECHNOLOGY INFORMATION. PubChem Compound Summary for CID 41684, Nitazoxanide. [s. l.], 2005. Available at: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/41684>

NATIONAL CENTER FOR BIOTECHNOLOGY INFORMATION. PubChem Compound Summary for CID 6321424, Ivermectin. [s. l.], [s. d.]. Available at: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Ivermectin>

PAHO. Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil - OPAS/OMS. [S. l.], 2020a. Available at: <https://www.paho.org/pt/covid19#cloroquina>.

PAHO. Ongoing Living Update of Potential COVID-19 Therapeutics : summary of rapid systematic reviews. [S. l.], 2020b.

PAHO. Recomendação sobre o uso de ivermectina no tratamento de COVID-19. [s. l.], 2020c. Available at: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52462/OPASIMSC-DECOVID-19200033_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y

PONCHET, M. R. N. C. et al. Avaliação dos efeitos adversos desencadeados pelo uso de difosfato de cloroquina, com ên-



fase na retinotoxicidade, em 350 doentes com lúpus eritematoso. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, [s. 1.], v. 80, n. suppl 3, p. S275–S282, 2005. Available at: <https://doi.org/10.1590/s0365-05962005001000003>

RIZZO, E. Ivermectin, antiviral properties and COVID-19: a possible new mechanism of action. *Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology*, [s. 1.], v. 393, n. 7, p. 1153–1156, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00210-020-01902-5>

ROSA, S. G. V.; SANTOS, W. C. Clinical trials on drug repositioning for COVID-19 treatment. *Revista Panamericana de Salud Pública*, [s. 1.], v. 44, p. 1, 2020. Available at: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.40>

ROSSIGNOL, J.-F. Nitazoxani-

de, a new drug candidate for the treatment of Middle East respiratory syndrome coronavirus. *Journal of Infection and Public Health*, [s. 1.], v. 9, n. 3, p. 227–230, 2016. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2016.04.001>

ROSSIGNOL, J.-F. Nitazoxanide: A first-in-class broad-spectrum antiviral agent. *Antiviral Research*, [s. 1.], v. 110, p. 94–103, 2014. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.antiviral.2014.07.014>

SIDDIQI, H. K.; MEHRA, M. R. COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: A clinical–therapeutic staging proposal. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, [s. 1.], v. 39, n. 5, p. 405–407, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.healun.2020.03.012>

SUÁREZ-MUTIS, M. C.; MARTÍNEZ-ESPINOSA, F. E.;



CLAUDIA GARCIA SERPA OSORIO-DE-CASTRO. Orientações sobre a Cloroquina_Nota tecnica .pdf. Instituto Oswaldo Cruz, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 1–7, 2020.

WAGSTAFF, K. M. et al. Ivermectin is a specific inhibitor of importin α/β -mediated nuclear import able to inhibit replication of HIV-1 and dengue virus. *Biochemical Journal*, [s. l.], v. 443, n. 3, p. 851–856, 2012. Available at: <https://doi.org/10.1042/BJ20120150>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Coronavirus disease (COVID-19). [S. l.], 2020. Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Solidarity clinical trial

for COVID-19 treatments. [S. l.], [s. d.]. Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-clinical-trial-for-COVID-19-treatments>.

ZHOU, D.; DAI, S.-M.; TONG, Q. COVID-19: a recommendation to examine the effect of hydroxychloroquine in preventing infection and progression. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, [s. l.], v. 75, n. 7, p. 1667–1670, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1093/jac/dkaa114>



COVID-19 THERAPEUTICAL OPTIONS: OVERVIEW ON CURRENTLY ANTI-INFLAMMATORY AND ANTICOAGULANT DRUGS USED

Idrys Henrique Leite Guedes¹

Gregório Dantas dos Santos²

Antonio Bonildo Freire Viana³

Geldane da Silva Araújo⁴

Tálio Câmara Pinto dos Santos⁵

Cláudia Jassica Gonçalves Moreno⁶

Silvia Tavares Donato⁷

Abstract: Since December 2019, an outbreak of viral infection causing respiratory disease with a new virus, the Coronaviridae family, emerged in the city of Wuhan, China to worldwide. With initial symptoms similar to Coronavirus related to Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) and an increase in the

1 Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande - PB

2 Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande - PB

3 Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande - PB

4 Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande - PB

5 Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande - PB

6 Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal - RN

7 Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande - PB



speed of spread the World Health Organization (WHO) declares a pandemic situation on March 11, 2020. Moreover, approximately 3.4 million deaths worldwide and 165 million cases were confirmed. Thus, contributing to an important global health problem responsible for changes in economic and social paradigms. There is no available treatment for COVID-19 until today. Although, several drugs are being used as alternative therapeutics against the diseases, mainly in severe cases. This review aimed to highlight the current anti-inflammatory and anticoagulant alternatives treatment measures for control of COVID 19 infection. Here we discuss the drugs, pharmacological properties, and the respective studies COVID-19 related, and also, several research protocols to respond and control the pandemic for the prophylaxis

and treatment.

Keywords: COVID-19; Therapeutic Approaches; Drug Therapy

Background

In December 2019, an outbreak of viral infection causing respiratory disease with a new species of the virus, the Coronaviridae family, emerged in the city of Wuhan, China. With initial symptoms similar to Coronavirus related to Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS), the World Health Organization (WHO) established the 2019-nCoV nomenclature for the new virus and then was renamed as SARS-CoV-2 by the International Committee on Virus Taxonomy (PAHO, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b).



The virus spread rapidly to China and then to other Asian countries, the Middle East, the Africa continent, the Americas, and Europe. With an increase in the speed of spread, on March 11, 2020, the World Health Organization (WHO) decrees a pandemic situation. Since then, the world has been alarmed by the exponential and rapid increase, of viral infection that affects the respiratory system, resulting in SARS. The updated COVID-19 case numbers are available on the Johns Hopkins University platform (UNIVERSITY, 2021). Moreover, approximately 3.4 million deaths worldwide of 165 million confirmed cases. Thus, contributing to an important global health problem responsible for changes in economic and social paradigms (BEZERRA, 2010; PAHO, 2020).

Although most people

with COVID-19 develop mild (40%) or moderate (40%) disease. Approximately 15% develop severe disease requiring oxygen support and 5% have a critical disease with complications such as respiratory failure, acute respiratory distress syndrome, sepsis and septic shock, thromboembolism and/or multiple organ failure, including acute kidney injury and cardiac injury (SIDDIQI; MEHRA, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b).

Clinical diagnosis is characterized initially as flu syndrome and may the patient present fever and/or respiratory symptoms must be made through clinical-epidemiological investigation, anamnesis, and appropriate physical examination. Also, patient recent history of close or home contact (last 14 days) before the appearance



of signs and symptoms with individuals already confirmed for COVID-19. The recommended evaluation should occur according to the pneumonia severity rates and sepsis guidelines (when suspected) in all patients with severe disease (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a, 2020b).

Information about this new coronavirus is still limited to characterize the clinical disease spectrum, as many pieces of evidence are based on early analysis of cases of previous coronavirus infections, such as Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) and Middle East Respiratory Syndrome (MERS). Thus, it is ratified that the clinical characteristics are not specific and can be similar to those caused by respiratory viruses, and it is recommended to consult the periodical updates disclosed by official health institutions, such as the Mi-

nistry of Health, the Brazilian Health Agency.

Considering the situation of emergency coping and the lack of consistent and specific scientific studies for the prophylaxis and treatment of COVID-19, WHO has developed several research protocols, which use a combination of molecular and serological tests, gathered in epidemiological parameters, in an attempt to respond and control the pandemic caused by COVID-19. Supporting a global initiative, which aims to allow any country to have its decision-making to implement or suspend appropriate social and public health measures for the prevention and control of virus infection. More clinical tests need to be carried out to guarantee the use and effectiveness of the drugs used and reviewed in the treatment and prevention of COVID-19, while



the protocols are being applied in the desire for a practical and effective therapeutic approach (TRINDADE et al., 2020).

Given the pandemic declaration by the World Health Organization and the initiatives of the Ministry of Health to face this situation in Brazil, the use of this work aims to compile and discuss the data published so far, as well as to verify the benefits and harms of drugs that are being used for the treatment of COVID-19, taking into account the great diversity of protocols that are in force at the moment.

Literature Review:

Anti-Inflammatories - DEXAMETASON

CHEMICAL STRUCTURE, PHARMACOLOGY AND CLINICAL INDICATION

The compound is a synthetic organic molecule which, despite having sites with highly electronegative atoms, globally presents a liposoluble character. It has almost double the molecular weight of ibuprofen, and its characteristics confer high absorption and protein binding. Specifically, is a fluorinated steroid, a 3-oxo-Delta (1), Delta (4)-steroid, a glucocorticoid, a 20-oxo steroid, an 11beta-hydroxylated steroid, a 17-alpha-hydroxylated steroid and a 21-hydroxylated steroid (figure 7). Hydride pregnanum derived, presented significant application as antiemetic, antineoplastic, adrenergic, immunosuppressive, xenobiotic and anti-inflammatory (NATIONAL CENTER FOR BIOTECHNOLOGY INFORMATION, 2020b).



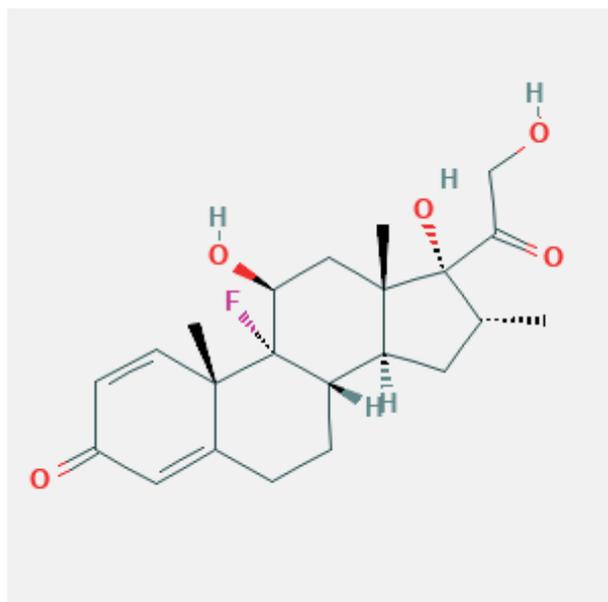


Figure 1. Chemical structure of Dexamethasone.

Dexamethasone is a synthetic steroidal anti-inflammatory drug that generates, besides general effects such as the reduction of inflammatory and immunological responses, several alterations in the organism, including the metabolism of macronutrients. Belongs to potential drug highest class and can be replaced by a dose 26.6 times higher of hydrocortisone and 5.3 times higher of methylprednisolone, participating in mecha-

nisms of action similar to those of its endogenous representative cortisol (SPOORENBERG et al., 2014).

Pharmacokinetically, dexamethasone is rapidly absorbed in the gastrointestinal tract, has a rapid onset of action and maximum effect range, and its distribution occurs mainly through binding to plasma proteins in about 65% to 90%. The drug action is longer, about 2 to 3 days, with a plasmatic half-life of 3 to



4.5 hours, and a tissue 36 to 54 hours. The metabolization of dexamethasone is primarily hepatic and renal excretion, through inactive metabolites (SPOORENBERG et al., 2014).

The clinical indication occurs mainly for allergopathies, rheumatic diseases, dermatopathies, ophthalmopathies, endocrinopathies, pneumopathies, hemopathies, neoplastic diseases, edematous states, cerebral edema, and gastrointestinal diseases. The drug has capacity to reduce the production of cytokines and actions in such infectious conditions. However, the inflammatory reaction provoked by these pathologies is generally mitigated, with suppression of the white cells as a whole, which makes the continuous use of glucocorticoids dangerous (SPOORENBERG et al., 2014).

MECHANISM OF ACTION AND SPECTRUM OF ACTIVITY IN COVID-19

Given the pandemic incidence of COVID-19, corticosteroids, responsible for immunosuppression - inhibiting T cells and preventing the production of immunoglobulins by B cells- and even increasing the replication period in the blood of the coronavirus causing MERS, have been contraindicated by agencies such as the Centers for Disease Control and Prevention of the U.S. Department of Health and Human Services. Yet, SARS-Cov19, the amount of virus in the blood is lower even in patients who develop severe disease, because of that the administration of steroidal anti-inflammatory drugs can reduce the damage caused by cytokines. During a short period of time, may avoid the reduction of



production of T lymphocytes and antibodies. Besides, studies revealed as a possible benefit of this class of drugs against COVID-19 (PATEL et al., 2020; THEOHARIDES; CONTI, [s. d.]).

In this sense, the benefit of positive modulation of anti-inflammatory cytokines and negatively of pro-inflammatory cytokines is expressive, characteristics that reduce the cytokine storm commonly described as one of the main problems triggered by the pathology that causes high demand for mechanical respirators (JOHNSON; VINETZ, 2020).

TOXICITY AND ADVERSE REACTIONS

The drug-drug interactions of dexamethasone occur with the following drugs: acetylsalicylic acid, phenytoin, pheno-

barbital, ephedrine and rifampicin's, indomethacin, coumarin anticoagulants and potassium spoliating diuretics. Its main adverse reactions are: posterior subcapsular cataract, glaucoma with possible lesion of the optic nerves and secondary ocular infections due to fungi or viruses (SPOORENBERG et al., 2014).

RECOMMENDATIONS ON THE TREATMENT OF COVID-19

In clinical and hospital practice, usually the initial dose varies from 0.75 to 15 mg per day and the dosage should be progressively reduced or the administration gradually stopped. During prolonged treatment it is mandatory to proceed at regular intervals and with follow-up through routine clinical exams, such as determination of serum



potassium, urine test, blood glucose two hours after a meal, determination of blood pressure and body weight, and chest X-ray (SPOORENBERG et al., 2014).

There are no systematic review studies, the main form of scientific dissemination on which public policies are outlined, which recommend specific dosage for treatment of COVID-19. Although, the administration of 6mg daily for up to 10 days, for treatment of SARS-CoV-2, in a study published in The New England Journal of Medicine on July 17 by the collaborative group RECOVERY, was positive. Patients who received oxygen with or without invasive mechanical ventilation by reducing mortality by 8-26% at 28 days after randomization of patients. In addition, similar results were obtained in recent study on the subject, published in the Journal

of the American Medical Association (JAMA) by the collaborative group REACT, revealing potential benefit of the use of the drug in the group of patients with critical condition of the disease. Thus, WHO was recommended the use of corticosteroids in such cases of infection by SARS-CoV-2 (DEXAMETHASONE IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH COVID-19, 2021; LESTER; SAHIN; PASYAR, 2020; STERNE et al., 2020).

IBUPROFEN

CHEMICAL STRUCTURE, PHARMACOLOGY AND CLINICAL INDICATION

Derived from propanoic acid, ibuprofen is an organic substance that presents the functions carboxylic acid restricted to a small part of the molecule and



hydrocarbon in the rest being (figure 8). Therefore, highly insoluble and, consequently, presenting high absorption and protein

binding (NATIONAL CENTER FOR BIOTECHNOLOGY INFORMATION, 2020a).

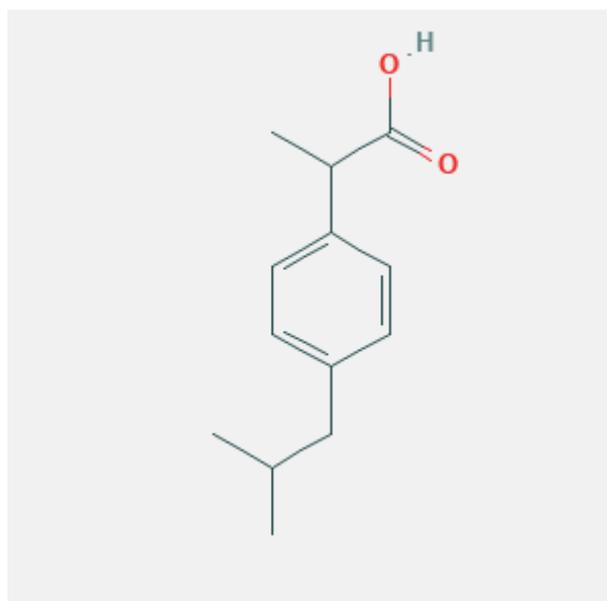


Figure 2. Chemical structure of Ibuprofen.

As non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) and prostaglandin synthesis inhibitor, ibuprofen has analgesic and antipyretic properties. Clinical use to reducing fever and temporary improvement of mild and moderate pain, such as headache, toothache, muscle pain, pain related to non-articular and periar-

ticular rheumatic problems, pain associated with inflammatory and/or traumatic processes and pain associated with colds and flu (BUSHRA; ASLAM, 2010).

NSAIDs present good oral absorption, with approximately 80% of the absorbed dose in the gastrointestinal tract, providing fast onset of action - about



30 minutes after administration. The protein binding rate is almost total (99%), the maximum plasma concentration occurs between 1 to 2 hours. The elimination half-life is 1.8 to 2 hours and the action during 4 to 6 hours. The metabolization is hepatic and the elimination occurs around 24 hours with inactive metabolites (BUSHRA; ASLAM, 2010).

MECHANISM OF ACTION AND SPECTRUM OF ACTIVITY IN COVID-19

Its mechanism of action occurs mainly through the inhibition of the transcription factor kappa B (NF-kB) and other inflammatory mediators, such as interleukin-6 (IL-6), elements that are stimulated in the infection by COVID-19, representing potential benefit for the organism infected by the virus. In addition,

ibuprofen is presumed to be able to prevent COVID-19 entering the cells by activating the cleavage of the converting enzyme angiotensin 2 (ACE2) by the ADAM-17 proteins present in the cell membrane (MICALLEF; SOEIRO; JONVILLE-BÉRA, 2020; ROBB et al., 2020; SMART et al., 2020).

TOXICITY AND ADVERSE REACTIONS

Ibuprofen is contraindicated in allergic patients and those where the adverse effects can be added to existing pathologies, such as: severe heart, liver or kidney failure; ulcerative colitis; Crohn's disease; history of peptic ulcers, bleeding or gastrointestinal perforation. Similarly, individuals with asthma, urticaria or allergic reactions after the administration of acetylsalicylic



acid, not even pregnant women, especially in the 3rd trimester of pregnancy, should not use the drug (BUSHRA; ASLAM, 2010).

RECOMMENDATIONS ON THE TREATMENT OF COVID-19

Amongst the first months of the SARS-CoV-2 pandemic, ibuprofen was contraindicated by the WHO to treat patients affected by the syndrome. This fact was resulted from studies published at the time, which pointed the drug as an obstacle to the host-defense response to be undertaken by the body against COVID-19. And Both of stage, the incubation stages and mild stages of the disease, and an immunological reaction could worsen the pathology. However, later published studies have shown not only the safety of this

use but also its capacity to reduce mortality from the pathogenesis. Besides, the alert of need for further studies to ensure expressive clinical conclusions, the recommendations is to use normally (MICALLEF; SOEIRO; JONVILLE-BÉRA, 2020; ROBB et al., 2020; SMART et al., 2020).

Consecutively, the indicated dose of ibuprofen for the treatment of Sars-Cov-2 is not clarify, even though it is not mentioned in the articles that evaluate the benefit or harm to treat the disease, the dose administered in patients participating in the studies (MICALLEF; SOEIRO; JONVILLE-BÉRA, 2020; ROBB et al., 2020; SMART et al., 2020).

ANTICOAGULANTS - HEPARIN

CHEMICAL STRUCTURE, PHARMACOLOGY AND



CLINICAL INDICATION

Heparin, showed in figure 9, is an anticoagulant and antithrombotic agent discovered in 1916 at John Hopkins University. The effects on the organism laid the foundations of current knowledge regarding hemostasis and thrombosis. In addition, this knowledge has supported the development of fractionated derivatives of heparin (in this group are the low molecular weight heparins [HBPM - figure 10]) and several groups of anticoagulant drugs subsequently (for example, direct oral anticoagulants).

The chemical structure, described as a natural sulfated glycosaminoglycan with high anionic charges. Classified as a linear polysaccharide, it consists of 4 linked units of 2-hyduronic acid 2- sulfate (α -IdA-2S) and α -D-glucosamine N, 6-disulfated

(α -GlcN-N, 6diS). Other units less common, can be found in this biomolecule, depending on the animal tissue (J; P; W, 2018; TOVAR et al., 2016).

Heparin is the second mostly biological product use in therapies worldwide, behind only insulin, and produced from animal tissues - dog liver, bovine lung, porcine intestine and bovine intestine. Currently, porcine and bovine intestines are the main raw materials of heparin produced worldwide [69]. The heparin exercises its anticoagulant action through the interaction with factors and inhibitors of coagulation. The main inhibitor of plasma coagulation is the antithrombin, which targets activated coagulation factors, such as FXIIa, FXIa, FXa, FIXa, FVIIa and FIIa. Since these activated clotting factors are serine proteases, the antithrombin is classi-



fied as a serine protease inhibitor (serpine). The heparin, acting as a catalyst, exerts its anticoagulant action through the potentiation of the inhibitory activity of the antithrombin and other serpins (MULLOY et al., 2016).

The non-fractionated heparins, in the form of heparin sodium, are indicated in Brazil for the prevention of thrombi in the hemodialysis circuit, as well as in the prevention of thromboembolic phenomena in patients with renal insufficiency in hemodialysis program. Low molecular weight heparins, represented by enoxaparin sodium, are indicated in the treatment of deep venous thrombosis - with or without pulmonary embolism - of unstable angina and myocardial infarction without ST-segment elevation (it is administered concomitantly to acetylsalicylic acid). Sodium enoxaparin is also indicated for

prophylaxis of venous thromboembolism in surgical contexts and prolonged restriction of mobilization (bedridden patients). In addition, like heparin sodium, it can be used in the prevention of thrombus formation in the hemodialysis circuit. Heparins (heparin sodium and enoxaparin sodium) are contraindicated in situations of hypersensitivity to the substance and its derivatives, thrombocytopenia and active hemorrhages with high risk. Heparin sodium is also contraindicated in full dose when coagulation tests are not available at appropriate intervals, in vascular disorders, in severe liver and kidney failure, as well as in the presence of malignant tumors with high capillary permeability of the digestive tract. The risk in pregnancy is classified as grade C and should always be used with medical supervision and guidan-



ce. Pregnant women, infants and newborns should not use the presentation of heparin containing benzyl alcohol. In substitution, the use of heparin free of preservatives is recommended. The administration of these drugs should be done intravenously or subcutaneously, and the intramuscular route is not recommended (ANVISA, 2007).

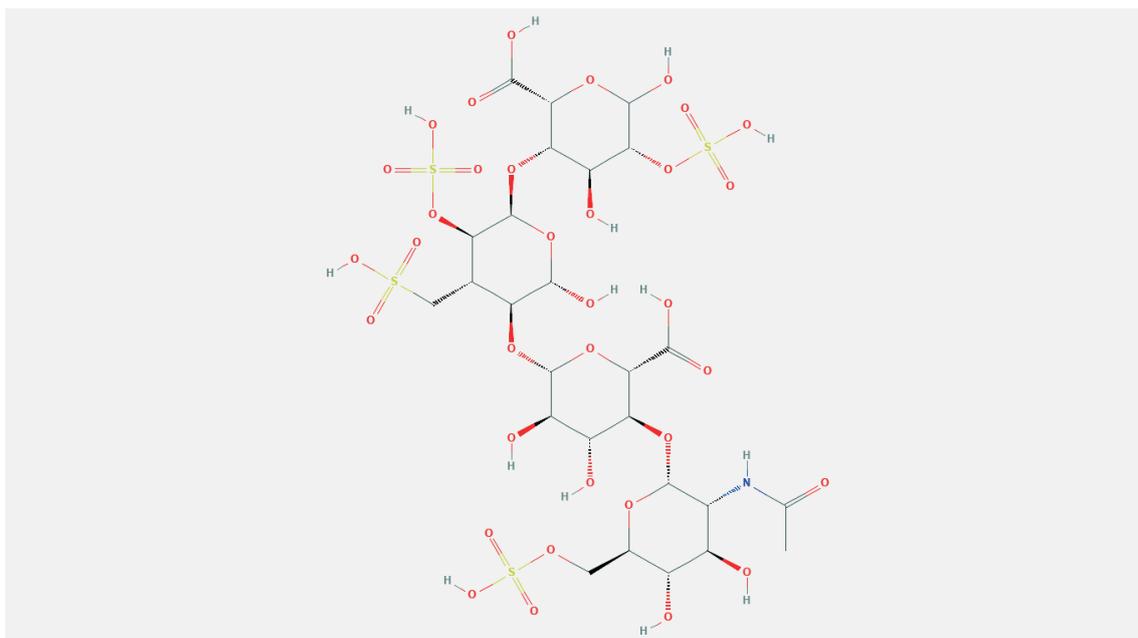
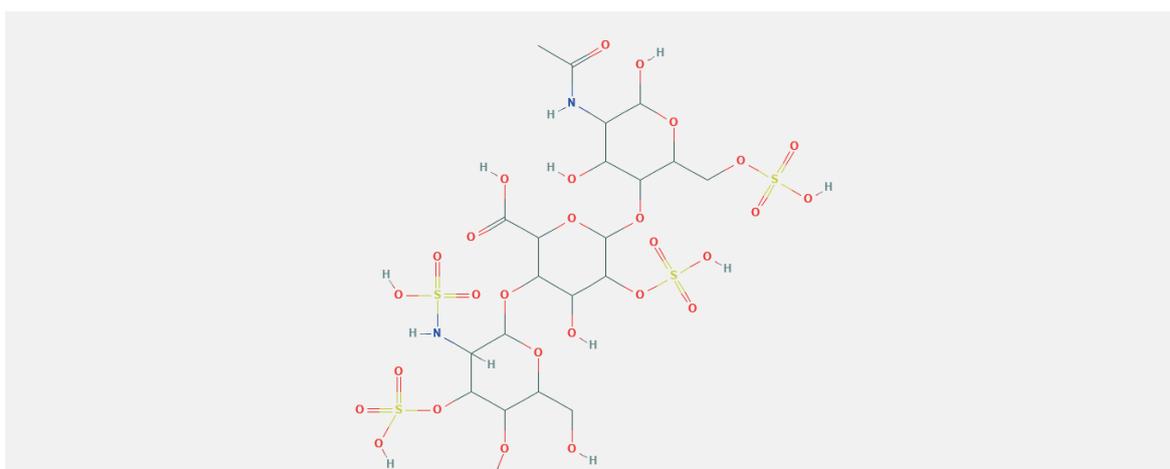


Figure 3. Chemical structure of unfractionated Heparin.



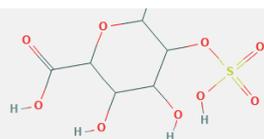


Figure 4. Chemical structure of low molecular weight Heparin.

MECHANISM OF ACTION AND SPECTRUM OF ACTI- VITY IN COVID-19

Patients affected by COVID-19 often have disseminated intravascular coagulation (DIC) when in a severe state. This is due to the intense use of hormones for the treatment of the disease, especially corticosteroids, allied to the long stay in dorsal or ventral decubitus position, the induction of coagulopathies generated by sepsis and hypoxia, which increases the factor induced by hypoxia and blood viscosity. In this sense, heparin - both low molecular weight and non-fractionated - is shown to be an important therapeutic tool used

to treat ICD from its indirect antithrombinic action and its rapid anticoagulant effect, preventing the thrombus from spreading. These effects occur from the mechanism of common action of heparin by binding to antithrombin III and inactivating coagulation factors IXa, XIa, XIIa and, especially, thrombin, preventing the action of these proteins in the intrinsic and extrinsic pathways of the coagulation cascade (TANG et al., 2020; THACHIL, 2020).

In addition, it was proposed in September another mechanism of action by which it is possible to benefit from the use of heparin. It is the facilitation of infection of the cells from heparan sulfate, a polysaccharide present



in the cell membrane that favors the open conformation of the binding domain to the angiotensin 2 converting enzyme (ACE 2) receptor present in Sars-Cov-2 and, consequently, the binding of such viral spicules to the angiotensin 2 converting enzyme -protein to which the Sars-Cov-2 binding has been extensively studied since the beginning of the pandemic as a potential cause for lung damage. The non-fractionated exogenous heparin was listed by this study, based on simulations, as a therapeutic focus and, therefore, on further studies, stimulating the closed conformation of such domains, revealing probable benefit of use in patients with non-serious conditions (CLAUSEN et al., 2020).

TOXICITY AND ADVERSE REACTIONS

Heparin anticoagulant therapies should be administered with caution due to the highest risk of bleeding, hemostasis changes, peptic ulcers, recent ischemic stroke, uncontrolled severe arterial hypertension, diabetic retinopathy, neurosurgery or recent ophthalmic surgery, and in concomitant use with other drugs that affect hemostasis. Wole dose treatments can cause hemorrhages any organ and associated with mortality risk. Reports of adrenal, ovarian and retroperitoneal hemorrhage have already been described in the context of heparinization and gum bleeding symptom in overdose case. Abrupt falls in hematocrit or blood pressure are indications that raise suspicion for a bleeding event (ANVISA, 2007).

Elderly patients, heparin low-dose is recommended under



observation. However, no bleeding has been observed in the context of prophylactic doses, but careful clinical monitoring, especially in patients aged 80 years due to the risk of bleeding complications.

Also, heparinized patients may present the so-called “White Thrombus Syndrome”. In this case, heparin induces irreversible platelet aggregation of thrombocytopenic. Heparinized patients should also not be submitted to epidural anesthesia or spinal puncture due to the risk of spinal hematoma and paralysis.

Abdominal hemorrhages were reported in two patients with atrial fibrillation and SARS-CoV-2 infection (ÁLVAREZ-RODRÍGUEZ, 2020). Additionally, a case of prophylactically heparinized COVID-19 patient with heparin-induced thrombocytopenia also was re-

ported (LINGAMANENI et al., 2020). Besides, thromboembolic events in severe SARS-CoV-2 infected patients notice in undergoing cardiopulmonary bypass and prophylactic heparinization (PARZY et al., 2020). These cases recall the importance of assessing comorbidities during the decision of prophylactic or therapeutic anticoagulation and continuous monitoring in patients with complications. On the other hand, it exposes the gaps still present in the management of COVID-19.

RECOMMENDATIONS ON THE TREATMENT OF COVID-19

The use of heparin has been associated with lower mortality in patients with greater scores (four) on the scale created by the International Society



of Thrombosis and Homeostasis for sepsis-induced coagulopathies, as well as for those with dimers-d higher than 3.0 $\mu\text{g/mL}$ (mortality 20% lower), for those with lower scores or low dimers-d levels there was no significant difference. For individuals with adult respiratory distress syndrome (ARDS), the reduction in mortality is even greater (about 48%) on the 7th day and 37% on the 28th day after establishing the syndrome (TANG et al., 2020; THACHIL, 2020). Therefore, despite the risk of thrombocytopenia from the use of heparin and data regarding individuals with scores lower than 4 on the above scale, in addition to the benefits indicated by data from studies for severe cases of COVID-19, mild to moderate conditions may benefit from thromboembolism prevention, the anti-inflammatory activity of heparin and its possib-

le effects on the viral binding domains (THACHIL, 2020). As a consequence, the use of heparin, particularly enoxaparin and biosimilars, has been recommended by among Chinese specialists, the Italian Medicines Agency, and by the WHO in the official clinical management guide for COVID-19 - including as a preventive use in non-serious cases (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

Concluding Remarks

The pandemic caused by SARS-CoV-2 has led to the use of several medications for the treatment and even prevention of infection, although many of them have not been sufficiently evaluated regarding the efficacy and safety of administration for such purposes. With these uncertainties, the number of diver-



gent opinions grows with which therapeutic tactics should be used in COVID-19. Therefore, an approach must be carried out using protocols that differentiate the phase in which viral pathogenicity is dominant versus when the host's inflammatory response overcomes the pathology, so that the use of different drugs obtains viable potential effects. Given the multiplicity of treatment protocols adopted by each health care institution, as well as the large number of articles published so far, studies that seek to gather the data published so far on anti-inflammatory and anticoagulant drugs used for the treatment of COVID-19 are important for a better therapeutic decision.

References:

ÁLVAREZ-RODRÍGUEZ, E. Learning with COVID-19: what

about anticoagulation? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, [s. l.], 2020. Available at: <https://doi.org/10.23938/ASSN.0884>

ANVISA. *Bulário Eletrônico*. [S. l.], 2007. Available at: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp.

BEZERRA, C. M. Diagnóstico molecular da talassemia a+ (deleção -a3.7) em indivíduos com microcitose e/ou hipocromia atendidos no Hemocentro Dalton Barbosa Cunha em Natal, Rio Grande do Norte. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, [s. l.], v. 32, n. 1, p. 90–91, 2010. Available at: <https://doi.org/10.1590/S1516-84842010000100022>

BUSHRA, R.; ASLAM, N. An Overview of Clinical Pharmacology of Ibuprofen. *Oman Medi-*



cal Journal, [s. l.], v. 25, n. 3, p.

155–161, 2010. Available at: <https://doi.org/10.5001/omj.2010.49>

CLAUSEN, T. M. et al. SARS-CoV-2 Infection Depends on Cellular Heparan Sulfate and ACE2. *Cell*, [s. l.], v. 183, n. 4, p. 1043-1057.e15, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.09.033>

DEXAMETHASONE IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH COVID-19. *New England Journal of Medicine*, [s. l.], v. 384, n. 8, p. 693–704, 2021. Available at: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2021436>

J, F.; P, B.; W, J. Advances in Heparins and Related Research. An Epilogue. *Molecules*, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 390, 2018. Available at: <https://doi.org/10.3390/molecules23020390>

JOHNSON, R. M.; VINETZ, J. M. Dexamethasone in the management of covid -19. *BMJ*, [s. l.], p. m2648, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmj.m2648>

LESTER, M.; SAHIN, A.; PASYAR, A. The use of dexamethasone in the treatment of COVID-19. *Annals of Medicine and Surgery*, [s. l.], v. 56, p. 218–219, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.07.004>

LINGAMANENI, P. et al. Heparin-Induced Thrombocytopenia in COVID-19. *Journal of Investigative Medicine High Impact Case Reports*, [s. l.], v. 8, p. 232470962094409, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1177/2324709620944091>

MICALLEF, J.; SOEIRO, T.; JONVILLE-BÉRA, A.-P. Non-s-



teroidal anti-inflammatory drugs, pharmacology, and COVID-19 infection. *Therapies*, [s. l.], v. 75, n. 4, p. 355–362, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.therap.2020.05.003>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19 versão 1. [S. l.], 2020a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia de Vigilância Epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus. [S. l.], 2020b. Available at: <http://www.saude.gov.br/svs%0Ahttps://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/07/GuiaDeVigiEpidemC19-v2.pdf>.

MULLOY, B. et al. Pharmacology of Heparin and Related Drugs. *Pharmacological Reviews*, [s. l.],

v. 68, n. 1, p. 76–141, 2016. Available at: <https://doi.org/10.1124/pr.115.011247>

NATIONAL CENTER FOR BIOTECHNOLOGY INFORMATION. PubChem Compound Summary for CID 3672, Ibuprofen. [S. l.], 2020a. Available at: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Ibuprofen>.

NATIONAL CENTER FOR BIOTECHNOLOGY INFORMATION. PubChem Compound Summary for CID 5743, Dexamethasone. [S. l.], 2020b. Available at: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Dexamethasone>.

PAHO. Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil - OPAS/OMS. [S. l.], 2020. Available at: <https://www.paho.org/pt/covid19#cloro>



quina.

PARZY, G. et al. Venous Thromboembolism Events Following Venovenous Extracorporeal Membrane Oxygenation for Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Based on CT Scans. *Critical Care Medicine*, [s. l.], v. 48, n. 10, p. e971–e975, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004504>

PATEL, S. K. et al. Dexamethasone: A boon for critically ill COVID-19 patients? *Travel Medicine and Infectious Disease*, [s. l.], v. 37, p. 101844, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101844>

ROBB, C. T. et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs, prostaglandins, and COVID-19. *British Journal of Pharmacology*, [s.

l.], v. 177, n. 21, p. 4899–4920, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1111/bph.15206>

SIDDIQI, H. K.; MEHRA, M. R. COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: A clinical–therapeutic staging proposal. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, [s. l.], v. 39, n. 5, p. 405–407, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.healun.2020.03.012>

SMART, L. et al. A narrative review of the potential pharmacological influence and safety of ibuprofen on coronavirus disease 19 (COVID-19), ACE2, and the immune system: a dichotomy of expectation and reality. *Inflammopharmacology*, [s. l.], v. 28, n. 5, p. 1141–1152, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10787-020-00745-z>



- SPOORENBERG, S. M. C. et al. Pharmacokinetics of oral vs . intravenous dexamethasone in patients hospitalized with community-acquired pneumonia. *British Journal of Clinical Pharmacology*, [s. l.], v. 78, n. 1, p. 78–83, 2014. Available at: <https://doi.org/10.1111/bcp.12295>
- STERNE, J. A. C. et al. Association Between Administration of Systemic Corticosteroids and Mortality Among Critically Ill Patients With COVID-19. *JAMA*, [s. l.], v. 324, n. 13, p. 1330, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.17023>
- TANG, N. et al. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, [s. l.], v. 18, n. 5, p. 1094–1099, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1111/jth.14817>
- THACHIL, J. The versatile heparin in COVID-19. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, [s. l.], v. 18, n. 5, p. 1020–1022, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1111/jth.14821>
- THEOHARIDES, T. C.; CONTI, P. Dexamethasone for COVID-19? Not so fast. *Journal of biological regulators and homeostatic agents*, [s. l.], v. 34, n. 3, p. 1241–1243, [s. d.]. Available at: https://doi.org/10.23812/20-EDITORIAL_1-5
- TOVAR, A. M. F. et al. Structural and haemostatic features of pharmaceutical heparins from different animal sources: challenges to define thresholds separating distinct drugs. *Scientific Reports*, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 35619, 2020.



2016. Available at: <https://doi.org/10.1038/srep35619>

TRINDADE, G. G. et al. COVID-19: therapeutic approaches description and discussion. Anais da Academia Brasileira de Ciências, [s. 1.], v. 92, n. 2, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1590/0001-3765202020200466>

UNIVERSITY, J. H. COVID-19 Dashboard. [S. 1.], 2021. Available at: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Clinical management of COVID-19. [S. 1.], 2020a. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Coronavirus disea-

se (COVID-19). [S. 1.], 2020b.

Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>.



