

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Daniel Facciolo Pires
Marinês Santana Justo Smith
Sílvia Regina Viel
Welton Roberto Silva (Orgs.)

PESQUISA CIENTÍFICA:
a construção do conhecimento

Coleção Ciência e Desenvolvimento
35

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



DOI 10.29327/5385221

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Daniel Facciolo Pires
Marinês Santana Justo Smith
Sílvia Regina Viel
Welton Roberto Silva (Orgs.)

**PESQUISA CIENTÍFICA: a construção do
conhecimento**

ISBN 978-65-88771-51-8

DOI 10.29327/5385221

**FRANCA
Uni-FACEF
2023**

Corpo Diretivo**REITOR**

Prof. Dr. Alfredo José Machado Neto

VICE-REITOR

Prof. Dr. João Baptista Comparini

PRÓ-REITOR DE ADMINISTRAÇÃO

Prof. Dr. José Alfredo de Pádua Guerra

PRÓ-REITORA ACADÊMICA

Profª Drª Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira

PRÓ-REITORA DE EXTENSÃO COMUNITÁRIA E DESENVOLVIMENTO

Profª. Drª. Melissa Franchini Cavalcanti Bandos

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Sílvio Carvalho Neto

COORDENADOR DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU

Profª. Drª. Marinês Santana Justo Smith

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO

Prof. Me. Cyro de Almeida Durigan

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS

Prof. Dr. Orivaldo Donzelli

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENFERMAGEM

Profª. Drª Márcia Aparecida Giacomini

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL – Publicidade e

Propaganda

Profª. Ma. Fúlvia Nassif Jorge Facury

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENGENHARIA CIVIL

Prof. Me. Anderson Fabrício Mendes

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

Prof. Dr. Flávio Henrique de Oliveira Costa

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE LETRAS

Profª Drª Maria Eloísa de Sousa Ivan

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MATEMÁTICA

Prof. Drª Sílvia Regina Viel

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MEDICINA

Profª Dr. Frederico Alonso Sabino de Freitas

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE PSICOLOGIA

Profª Drª Maria de Fátima Aveiro Colares

CHEFE DE DEPARTAMENTOS DO DEPARTAMENTO DE COMPUTAÇÃOProf. Dr. Daniel F. Pires

Comissão Científica

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira (Uni-FACEF)
Marinês Santana Justo Smith (Uni-FACEF)
Daniela de Figueiredo Ribeiro (Uni-FACEF)
Maria Eloísa de Souza Ivan
Melissa F. Cavalcanti Bandos (Uni-FACEF)
Sílvia Regina Viel (Uni-FACEF)
Daniel F. Pires (Uni-FACEF)
Emerson Rasera (UFU)
Renato Garcia de Castro (UNICAMP)
Pedro Geraldo Tosi (UNESP)
Carla Roberta Pereira (Open University Business School, Reino Unido / UDESC)

Comissão Organizadora

Alfredo José Machado Neto
Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
João Baptista Comparini
Melissa Franchini Cavalcanti Bandos
José Alfredo de Pádua Guerra
Sílvio Carvalho Neto
Marinês Santana Justo Smith
Welton Roberto Silva
Leonardo Carloni Rodrigues Meira
Alba Valéria Penteado
Lucas Antônio Santos

© 2023 dos autores

Direitos de publicação Uni-FACEF

www.unifacef.com.br

Coleção: Ciência e Desenvolvimento, v.35

Oliveira, Sheila Fernandes Pimenta e (Orgs.)

O51g

PESQUISA CIENTÍFICA: a construção do conhecimento. / Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira; Silvia Regina Viel; Daniel Facciolo Pires; Marinês Santana Justo Smith; Welton Roberto Silva (Orgs.). – Franca: Uni-FACEF; 2023.

163 p.; il.

ISBN Coleção 978-85-5453-017-4

ISBN Volume 978-65-88771-51-8

DOI 10.29327/5385221

1.Multidisciplinar - Fórum. 2. Iniciação Científica. 3.Pesquisa.
4.Metodologia. I.T.

CDD 658

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos de autor (lei no. 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do código Penal. **Todo o conteúdo apresentado neste livro é de responsabilidade exclusiva de seus autores.**

Editora Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca
Associada à ABEC - Associação Brasileira de Editores Científicos

PREFÁCIO

No decorrer de 72 anos de existência o Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF) contribui para a formação profissional de estudantes de graduação. Durante o XVII Fórum de Estudos Multidisciplinares do Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF) pesquisadores, estudantes e docentes apresentaram trabalhos desenvolvidos com bolsas de Iniciação Científica e tiveram a oportunidade de produzir conhecimento científico.

A prática da pesquisa em nossa instituição seja como pesquisador ou como estudante visa proporcionar a resolução de problemáticas importantes para a sociedade, onde os resultados de estudos apresentados no Fórum têm sempre o objetivo de melhorar a vida em sociedade.

As atividades de pesquisa no Uni-FACEF são fomentadas por bolsas do programa próprio da Instituição, pela FAPESP, por cotas do PIBIC CNPq e por bolsas do PIBIT CNPq e SWG CNPq. O PIBIC, Programa de Bolsas de Iniciação Científica, oferecido pelo CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) tem os seus objetivos relacionados com o desenvolvimento da prática de pesquisa na graduação em conjunto com a nossa instituição. Estes objetivos visam despertar a vocação científica, aprimorar conhecimentos, tendo em vista o compromisso na formação não somente de cientistas e estudiosos, mas também proporcionar aos acadêmicos um intenso aperfeiçoamento formativo.

Este livro reúne trabalhos desenvolvidos por estudantes e pesquisadores do programa PIBIC.

A qualidade de vida visando o equilíbrio entre diferentes fatores que englobam a vida em seu cotidiano foi discutida em assuntos específicos em três trabalhos: Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids; Determinação social da saúde em uma comunidade rural: pesquisa-intervenção com foco na promoção de saúde e tecnologias de qualidade de vida; Cartografia de itinerários terapêuticos em uma comunidade rural: coconstrução de novas tecnologias de qualidade de vida. As infecções e suas complicações foram discutidas nos trabalhos: Impacto da infecção bacteriana estreptocócica na pediatria e o desenvolvimento de Glomerulonefrite difusa aguda pósestreptocócica; Prevalência de infecção nas artroplastias de quadril após fratura de fêmur nos pacientes da cidade de Franca.

Alguns trabalhos escolheram como população de estudo os próprios estudantes que se tornaram a fonte de investigação de temas desafiadores como a depressão e a ansiedade: Prevalência de sintomas de depressão em estudantes de medicina de um Centro Universitário no interior do Estado de São Paulo; Prevalência de sintomas de ansiedade em estudantes de medicina do quinto e sexto ano de uma instituição público privada de Franca-SP. A Atenção Básica também foi discutida pela sua importância como principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) nos trabalhos: Conhecimento da população da Atenção Básica sobre o nome das medicações que fazem uso e entendimento à cerca dos medicamentos prescritos após a consulta médica; Percepção dos Estudantes de Medicina sobre a inserção precoce nas unidades básicas de saúde (Revisão Bibliográfica).

Crianças e adolescentes também foram foco das discussões importantes sobre gravidez na adolescência e riscos de síndrome metabólica nesta população em dois trabalhos: déficit na alimentação e atividade física infantojuvenil: sua repercussão no sobrepeso/obesidade e aumento do risco de síndrome metabólica; Gravidez na adolescência e os impactos na vida escolar das jovens mães. Por fim, uma metodologia de treinamento inovadora, a simulação realística, foi abordada no trabalho: Impacto da Simulação Realística na Assistência de Enfermagem em Parada Cardiorrespiratória com uma Equipe de Enfermagem de uma Cidade no interior do estado de São Paulo.

O PIBIC é uma oportunidade aos estudantes de graduação desenvolverem pesquisas científicas para serem publicadas e apresentadas em eventos científicos. Escolher um tema de pesquisa para realização de uma Iniciação Científica não é uma tarefa fácil. Convido o leitor a refletir sobre os temas escolhidos nesta edição e desejo que esta leitura possa despertar o interesse para a pesquisa e a produção de novos trabalhos científicos.

Aproveito a oportunidade para agradecer ao Uni-FACEF a oportunidade em prefaciar esta obra e sinto-me extremamente honrada em fazer parte desta instituição que sempre incentiva a pesquisa.

Profa. Dra. Viviane Rodrigues Esperandim Sampaio
Docente – Centro Universitário Municipal de Franca – Uni-FACEF

SUMÁRIO

CARTOGRAFIA DE ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM UMA COMUNIDADE RURAL: Coconstrução de novas tecnologias de qualidade de vida.....	8
CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE O NOME DAS MEDICAÇÕES QUE FAZEM USO E ENTENDIMENTO À CERCA DOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS APÓS A CONSULTA MÉDICA.	24
DÉFICIT NA ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA INFANTO-JUVENIL: sua repercussão no sobrepeso/obesidade e aumento do risco de síndrome metabólica	42
DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE EM UMA COMUNIDADE RURAL: pesquisa-intervenção com foco na promoção de saúde e tecnologias de qualidade de vida.....	58
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E OS IMPACTOS NA VIDA ESCOLAR DAS JOVENS MÃES.....	72
IMPACTO DA INFECÇÃO BACTERIANA ESTREPTOCÓCICA NA PEDIATRIA E O DESENVOLVIMENTO DE GLOMERULONEFRITE DIFUSA AGUDA PÓS-ESTREPTOCÓCICA.....	81
O IMPACTO DA SIMULAÇÃO REALÍSTICA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA COM UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA CIDADE NO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO .	98
PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO NAS ARTROPLASTIAS DE QUADRIL APÓS FRATURA DE FÊMUR NOS PACIENTES DA CIDADE DE FRANCA.....	117
PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES DE MEDICINA DO QUINTO E SEXTO ANO DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICO PRIVADA DE FRANCA-SP.....	136
QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS.....	146
PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE A INSERÇÃO PRECOCE NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	154
ÍNDICE	163

CARTOGRAFIA DE ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM UMA COMUNIDADE RURAL: coconstrução de novas tecnologias de qualidade de vida

Manoela Pacheco Chagas
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF
manoelapchagas@gmail.com

Daniela de Figueiredo Ribeiro
Doutora em Psicologia – Uni-FACEF
danifiribeiro@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

No mundo ocidental moderno, o pensamento abissal é o norte do pensamento. Este sistema categoriza as sabedorias em dois grupos: o que merece ser compreendido e o da exclusão. Acontece que os saberes colocados como válidos são os positivistas eurocêntricos e os excluídos são os provenientes de populações marginalizadas globalmente (SANTOS, 2007).

Tal configuração de legitimação de epistemologias funciona como uma "monocultura" (GROSFOGUEL, 2013), em que apenas uma forma de conhecimento é colocada como válida e se torna modelo. A forma hegemônica de práticas sobre saúde e doença no ocidente atual é a biomedicina, que é tido como universal e autônomo (NUNES; LOUVISON, 2020).

Apesar da monocultura biomédica, ao redor do mundo existem inúmeros entendimentos sobre doenças, distúrbios ou aflições que afetam a vida humana e conseqüentemente diversas práticas de cuidado e cura, que se compõe em numerosas e ricas epistemologias. A medicina ocidental se assenta na visão do naturalismo, que se concretizou nas américas a partir da lógica do colonialismo, por meio da desqualificação e supressão de outras epistemologias, entendido como epistemicídio (GROSFOGUEL, 2013).

Nas últimas duas décadas, é possível identificar um esforço na área das ciências humanas- psicologia, antropologia, sociologia e saúde- de ampliação destas fronteiras. A tentativa de ampliar ou de problematizar o que vinha sendo entendido como saúde produziu diversas categorias e metodologias de análise que ajudam a compreendê-la como um processo mais amplo e plural, como o entendimento de ecologias de cuidado desenvolvido por Das e Das (2006).

A noção de ecologias do cuidado não tem como objetivo desqualificar o saber biomédico, que agrega, indiscutivelmente, muito para o conhecimento e enfrentamento de doenças. Mas sim, visa valorizar práticas tradicionais como saberes relevantes, reconhecendo entendimentos de diversos povos, com sapienciais divergentes da filosofia dominante, de experimentar e validar conhecimentos e práticas de cura, para assim, promover condições para que existam ambientes públicos em que haja o reconhecimento mútuo e diálogo entre os saberes (NUNES; LOUVISON, 2020).

Por mais que o contraponto entre saberes biomédicos e tradicionais seja majoritário nos cuidados à saúde, já existem esforços institucionais para que essa fenda se torne mais tênue. A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) junto ao Ministério da Saúde estabeleceram a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), em busca de desvelar e dar espaço para discussão das condições de cuidado vivenciados por estas populações. Construída para promover saúde e equidade, esta política relaciona-se ao desenvolvimento humano e à qualidade de vida destas populações (FENNER et al., 2018).

Desta forma, o problema de pesquisa do trabalho será orientado pela seguinte questão: Como as pessoas conciliam saberes biomédicos e saberes tradicionais em suas práticas cotidianas de saúde?

2 METODOLOGIA

Filiando-se ao conjunto de saberes e políticas públicas que entendem os processos de saúde-doença-cuidado para além do paradigma biomédico, a presente pesquisa acompanhou os itinerários terapêuticos de moradores da comunidade Via Primavera.

Para acompanhar os ITs, foi utilizada a metodologia cartográfica. O método da cartografia, mais do que descrever estados de coisas, visa acompanhar processos, investigando a produção de subjetividade, mapeando o coletivo que transforma a realidade (PASSOS; BARROS, 2009; PASSOS; KASTRUP, 2013).

Para que haja consistência na pesquisa cartográfica, Passos e Kastrup (2013) propõem a existência de uma diretriz que atravessa e orienta todo o processo da cartografia. Primeiro, adentra-se na investigação além das formas constituídas, em que o plano coletivo mobiliza forças constituintes. Em seguida, atenta-se para o acesso à experiência concreta, a consistência e os efeitos que são produzidos como indicativos de uma boa prática cartográfica.

Esta validação é realizada em três níveis de avaliação: 1) a auto-avaliação que na pesquisa se dará em paralelo as supervisões com a orientadora; 2) avaliação por pares, que se realizará com os participantes do grupo de pesquisa; e

3) avaliação pelos participantes da pesquisa, que se realizará em um grupo ao final da pesquisa (PASSOS; KASTRUP, 2013).

Nesta linha, o método cartográfico caracteriza-se como pesquisa-intervenção, já que trabalha no plano da experiência e acompanha os efeitos do próprio percurso de investigação. O trabalho da análise modifica o campo, assim como o campo modifica o pesquisador e estes pontos também entram na avaliação da pesquisa (PASSOS; BARROS, 2013).

Inicialmente foram realizadas visitas no bairro com o grupo de estudos do qual a pesquisadora faz parte. Neste encontro, buscou-se primeiro a reafirmação do vínculo, pelo contato em casa e a assinatura do termo de consentimento. Em uma segunda ida ao campo, foi realizada uma imersão que pontuou locus de cuidado e acompanhou itinerários terapêuticos de alguns moradores que estavam em busca de cuidado

2.1 Caracterização Do Campo

O campo de pesquisa aconteceu em um bairro denominado oficialmente como "Vila Primavera", um local afastado de centros urbanos, nas delimitações do município de Pedregulho - SP. Apesar da nomeação oficial, os habitantes referem-se ao local como "Chora Neném" ou apenas "Chora". A escolha do local se deu devido à demanda da população por mudanças, relatando sofrimento com a falta de infraestrutura e práticas de cuidado.

O bairro tem aproximadamente 260 habitantes, em casas distribuídas em 8 ruas asfaltadas que se estendem da beira da estrada. A maioria da população trabalha parte do ano em uma fazenda que se encontra próxima da região e fica sem emprego nos períodos de seca.

Em relação ao atendimento à saúde, no Chora, existe apenas uma ESF (Estratégia de Saúde da Família) que conta com um médico clínico geral e enfermeiros que não consegue suprir a demanda da população. Na visita ao local, uma das moradoras relatou que o transporte para a cidade mais próxima é em horário pouco acessível e muitas pessoas andam a pé por três quilômetros até o local para retirar alguma medicação, local no qual também não há cuidado especializado. Além disso, relataram haver uma senhora a qual recorrem para uso de ervas medicinais.

3 CARTOGRAFIA E ECOLOGIA DE SABERES COMO MODO DE PESQUISA

Neste trabalho, a cartografia entra como ferramenta para se estar em campo. O cartografar abre a possibilidade de traçar mapas de pensamento e mapas existenciais para assim emergirem novas relações e novos planos, permitindo a distância do que já é dado de modo dogmático. Procura-se, a partir do método cartográfico, ampliar e interpelar as fronteiras do que comumente é

entendido como cuidado e saúde dentro dos paradigmas biomédicos.

As definições de saúde adotadas na *Declaração de Direitos Humanos* e na *Organização Mundial da Saúde* são diversas, mas todas constituem a centralidade da medicina moderna ocidental. Esta perspectiva valida apenas o conhecimento biológico que se sujeita a intervenções humanas especializadas que agiriam de maneira autônoma e à parte de outros aspectos da vida social. A configuração de saberes nas práticas de saúde, desde a Segunda Guerra Mundial, vem se filiando a uma "monocultura" (GROSFOGUEL, 2013), em que apenas um modelo de conhecimento hegemôniza todas as práticas sobre saúde e doença, sendo que, este saber tido como universal e autônomo, tem sido designado "biomedicina" (NUNES; LOUVISON, 2020).

Apesar da monocultura biomédica, ao redor do mundo existem inúmeros entendimentos sobre doenças, distúrbios ou aflições que afetam a vida humana e conseqüentemente diversas práticas de cuidado e cura, que se compõe em numerosas e ricas epistemologias. A medicina ocidental se assenta na visão do naturalismo, que se concretizou nas américas a partir da lógica do colonialismo, por meio da desqualificação e supressão de outras epistemologias, fenômeno entendido como epistemicídio (GROSFOGUEL, 2013).

A socióloga indiana Vandana Shiva (1993) expõe como a monocultura da mente empobrece as relações com o planeta, assim como as relações sociais, quando se pensa em termos de produção de vida diversa. As monoculturas agrícolas não se relacionam com as comunidades que ficam ao seu redor, não provêm e colaboram para as pessoas e nem para a natureza. A partir de uma posição de poder sobre a terra e sobre a produção, a auto-organização da vida é exterminada, é exterminada a sustentabilidade das comunidades locais.

A monocultura é um instrumento de poder e controle que mata a diversidade e as formas plurais de vida no mesmo espaço. Esta noção se expande para além da plantação e se esvai para as formas de pensamento e de consciência que são averiguadas dentro da sociedade moderna.

Para que se tenha a monocultura, um grupo ou sistema que se autodetermina superior, principalmente em termos de conhecimento e cultura, cria mecanismos para impor a outras formas de organização social sua maneira de pensar e estar no mundo (SHIVA, 1993). Adentra-se em um contra fluxo da vida apoiado em um pensamento linear e unilateral de consciência colonizadora.

A monocultura do pensamento parte da formação de um sistema-mundo eurocentrado que teve seu estabelecimento no século XVI. O modo de vida branco-europeu-capitalista se estabelece e se alastra pelo globo a partir da lógica de colonização de terras, de povos e de modos de vida, implicando em *epistemicídios*, ou seja, a destruição de conhecimento atrelada à destruição de seres humanos (SANTOS 2010). O privilégio epistêmico do sujeito ocidental se construiu às custas do genocídio das políticas coloniais (GROSFOGUEL, 2013), embasado no

discurso do progresso moderno em sua visão produtivista e do desenvolvimento como direção linear e única (ACOSTA, 2016).

Ainda hoje, diferentes formas de conhecimento são apagadas a partir da exclusão abissal de certas populações, que são postas pela estrutura colonial como sub-humanos. Existem muitos conhecimentos válidos que são apagados por não desviarem do lugar central da epistemologia eurocêntrica convencional. A ciência positivista, que ocupa este lugar, é muito importante, mas não é a única, é também preciso considerar a diversidade de outras epistemologias e compartilhá-las. É preciso estabelecer diálogos contemplando diferentes conhecimentos para que emergja uma ecologia de saberes (SANTOS 2007).

Boaventura de Sousa Santos (2007) coloca o pensamento moderno colonial como abissal, em referência a uma região geográfica correspondente a grandes profundidades. Nesses locais não se chega luz, não é iluminado. Então existem conhecimentos que são postos na superfície, que são iluminados e todos querem ver e conhecimentos que são mantidos na sombra, na escuridão. Por estarem fora da luz, é entendido que certos conhecimentos precisam ser desprezados, não valem a pena serem considerados (SANTOS 2007).

No processo de colonização, houve uma sobreposição do modelo europeu da metrópole sobre as colônias. Aconteceu uma divisão global pelo olhar colonial do lado de cá (metrópole, países colonizadores) / lado de lá (países colonizados) (SANTOS 2007). Essa sobreposição se deu tanto em aspectos políticos, econômicos, culturais e de valores, como em aspectos epistemológicos (SANTOS 2007).

A monocultura do saber que se instaura na saúde moderna é a biomedicina (NUNES; LOUVISON, 2020), que define concepções dominantes em relação a saúde e doença, cuidado e cura. Para que se possa construir ambientes de saberes plurais, com reconhecimento da diversidade epistemológica é importante que hajam pesquisas colaborativas e não extrativistas (NUNES; LOUVISON, 2020).

O método da cartografia, mais do que descrever estados de coisas, como proposto pelos estudos biomédicos, visa acompanhar processos, investigar a produção de subjetividade e processos de tornar-se ser pensante que se dão além dos limites individuais, mapeando o coletivo, as relações e transformando a realidade. Assentam-se, nesta metodologia, princípios que fogem das ideias da ciência dura que foca em acontecimentos desencarnados e puramente racionais. Parte-se para um outro caminho fazendo avaliações críticas das diretrizes, questionando sua origem e interesses (PASSOS; BARROS, 2009; PASSOS; KASTRUP, 2013).

Para que haja consistência na pesquisa cartográfica, Passos e Kastrup (2013) propõem a existência de uma diretriz que atravessa e orienta todo o processo da cartografia. Primeiro, adentra-se na investigação além das formas constituídas, em que o plano coletivo mobiliza forças constituintes. Em seguida,

atenta-se para o acesso à experiência concreta, a consistência e os efeitos que são produzidos como indicativos de uma boa prática cartográfica.

O pensamento proposto pelas práticas cartográficas se dá a partir de um mapa de pensamento, que se faz responsável por traçar um plano de consistência (RODEGHIERO; DUARTE, 2019). O plano de consistência delinea relações que poderiam um dia ter sido de oposição, partindo da dicotomia moderna, e as achata, as colapsa, em plano de imanência (DELEUZE; GUATTARI, 2011). Assim, o pesquisador e a pesquisa se protegem do caos, sem se adentrar no plano de organização já dado. É por isso que é tão importante a ação no território. Para que se possa ver o que ainda não é certo e assim encontrar, criar e inventar novas relações (RODEGHIERO; DUARTE, 2020).

Coloca-se no campo então, com a perspectiva de que o conhecimento não é uma representação da realidade, mas um processo de construção coletiva (KASTRUP; PASSOS, 2013). Para que se possa ter distância do que é dado como representação absoluta da realidade e se possa ter produção de subjetividade em um plano de consistência, é preciso se afastar do *sujeito*, da *organização* e do *significado*.

A visão de *sujeito* que deve ser evitada é a do sujeito centrado, um sujeito sujeitado, abandonando as certezas sobre aquele ser, permitindo com que ele se desloque e se expanda em sentidos relacionais. Já a *organização* de que se distancia é aquela que vem para instituir uma regra, uma ordem, uma estrutura prévia ao pensamento e em seu lugar se trabalha com a imanência. E também afastar do *significado* prévio que já determina o que está posto dentro do território e aprisiona o pesquisador e os pesquisados no "é isso", mas busca-se sentidos múltiplos, em que os elementos possam ser vários issos, ganhando inúmeros sentidos e possibilidades e não um significado.

4 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Estudos iniciais acerca de itinerários terapêuticos partem da "busca de atenção" no "comportamento do enfermo" (illness behavior), em que Mechanic e Volkart (1960) apresentam que a escolha do tratamento se dá em uma lógica de custo-benefício para o paciente, como um sistema de consumo microeconômico. Ao longo das décadas, as teorias sobre estes caminhos sofrem mudanças que partem principalmente da crítica utilitaristas, que se opõe à noção de que as escolhas dos indivíduos na busca por cuidado partiam das demandas por serviços do sistema de saúde, em uma crença indiscutível do modelo biomédico.

Segundo Santos e Silva (2014), ITs são definidos como todos os movimentos postos por indivíduos ou grupos em busca da preservação ou recuperação da saúde. Estas ações podem mobilizar diferentes recursos, que incluem desde busca de saberes biomédicos até cuidados caseiros e práticas religiosas.

Os itinerários terapêuticos se traçam pelos recursos acessados nos caminhos que os sujeitos percorrem em busca de um processo de cuidado, no que abarcam seus regimes de entrelaços entre saúde-doença-cuidado (FERNANDES; SANTOS, 2019). As pesquisas brasileiras sobre ITs são relativamente recentes, emergindo nas últimas duas décadas, sob influência da implantação de modelos assistenciais que se aproximam da realidade do paciente. O reconhecimento da pluralidade tem-se apresentado com grande potencial para a compreensão dos comportamentos acerca do cuidado em saúde (CABRAL, 2011).

A técnica de acompanhar esse caminho possibilita compreender, na esfera da imanência, as práticas de cuidado que são acessadas a partir do apontamento de algum sintoma (FERNANDES; SANTOS, 2019). Busca-se acompanhar e viver em conjunto os caminhos traçados, as táticas desenvolvidas e os conhecimentos acessados na busca de resolubilidade de algo visto como uma questão de saúde. Ao acompanhar as escolhas possíveis e disponíveis em seu território é possível observar o processo de maneira integrativa e ecológica no que diz respeito a compreensão da pessoa como complexa e existente em uma realidade que a compõe (FERNANDES; SANTOS, 2019).

Para embasar a pesquisa, neste capítulo será feito um mapeamento do estado da arte da produção científica nacional sobre a temática de itinerários terapêuticos, com um recorte para abordagens que abarcam sistemas de cuidados formais e informais. A busca foi realizada nas bases de dados LILACS, Scielo, Medline e ADOLEC, resultando em 77 artigos. Destes, 19 compreendem sistemas de cuidado diversos, além do sistema de saúde formal. Seis foram excluídos por terem foco restritivo no tratamento de uma doença específica. Foram, portanto, selecionados 13 artigos apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Artigos sobre estudos de itinerários terapêuticos

No	Autor e ano	Objetivos	Desenho de estudo, método e população	Principais resultados
1	ALVES; SOUZA, 1999	<ul style="list-style-type: none"> - identificar e discutir princípios que regulam as interpretações nos estudos tradicionais sobre itinerário terapêutico - avaliar diferentes abordagens ao tema e propor novos caminhos 	<ul style="list-style-type: none"> - revisão bibliográfica crítica sobre os principais estudos iniciais na temática <i>illness behaviour</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - estudos iniciais se baseiam em discursos explicativos - perspectiva racional e lógica da conduta humana

2	AMARAL e al., 2010	<ul style="list-style-type: none"> - investigar itinerários terapêuticos no cuidado mãe-filho com interfaces entre cultura e biomedicina 	<ul style="list-style-type: none"> - abordagem qualitativa - caráter exploratório nos princípios da abordagem compreensiva - entrevistas semiestruturadas, individuais, gravadas e transcritas - 10 puérperas de um bairro de Florianópolis - SC 	<ul style="list-style-type: none"> - crescimento conjunto a rede da puérpera - as escolhas do itinerário levam em conta a intuição da mãe e as experiências de outras pessoas, principalmente mãe e sogra - o modo dos profissionais da saúde levarem em conta o meio cultural das mães está se expandindo, tornando-se cada vez mais integrado
3	BUDÓ et al 2008	<ul style="list-style-type: none"> - detectar práticas de cuidados relacionados à presença de dor em usuários do Sistema Único de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - abordagem qualitativa - caráter exploratório descritivo - entrevistas semiestruturadas com 60 adultos do ambulatório e Unidade Básica de Saúde - análise temática 	<ul style="list-style-type: none"> - hierarquia de valores relativa ao cuidado em que a mulher é principal cuidadora - uso de remédios caseiros, apoio familiar e vizinhança - auxílio espiritual e automedicação - teia complexa de sentimentos e significados que interagem com o ambiente sócio-cultural
4	BURILLE; GERHARDT, 2014	<ul style="list-style-type: none"> - analisar o sistema de cuidado profissional a partir de itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico 	<ul style="list-style-type: none"> - abordagem qualitativa - caráter exploratório descritivo - entrevistas semiestruturadas, grupo focal, diário de campo e observação não participante com homens de uma comunidade rural - análise temática com triangulação de dados 	<ul style="list-style-type: none"> - influência de questões que permeiam as construções sociais da masculinidade - problema crônico de acesso aos serviços de saúde pela comunidade rural - interferência da necessidade de cuidado constante em diversas interfaces do cotidiano
5	FERREIRA; ESPÍRITO SANTO, 2012	<ul style="list-style-type: none"> - discutir os itinerários terapêuticos de moradores do complexo de favelas de Manguinhos no Rio de Janeiro 	<ul style="list-style-type: none"> - abordagem qualitativa - entrevista etnográfica semidiretiva com 26 	<ul style="list-style-type: none"> - distribuição desigual do serviço de saúde - escolhas feitas a partir de conhecimentos e práticas proveniente das diferentes

			adultos do complexo	situações biográficas
6	GERHARD T et al 2006	- compreender os desafios da implementação da Incubadora da Integralidade na articulação entre formação, pesquisa e incubação	- análise de resultados de um projeto de extensão - metodologia MARES - Método de Análise de Redes do Cotidiano - análise pelos eixos: alteridade, vínculo e inovação	- itinerários terapêuticos e redes como grandes potenciais para a compreensão da dimensão do cuidado à saúde - cuidado em rede - atores locais como potências de cuidado
7	GERHARD T, 2011	- analisar, por meio de itinerários terapêuticos, as práticas e estratégias da população de baixa renda em relação a procura do cuidado à saúde	- abordagem qualitativa - metodologia interdisciplinar e plurimetodológica e conceitual relacionando conceitos de práticas, estratégias, situações de vida e saúde	- as formas de enfrentamento dos problemas de saúde passam pela compreensão das estratégias colocadas em prática em um processo de (re)apropriação e (re)construção de saberes - as redes de apoio social, assim como da capacidade individual em mobilizar tais recursos tem reflexo direto na forma de cuidado - o reconhecimento dessas práticas permite o (re)direcionamento das ações em Saúde Coletiva
8	GUERIN; ROSSONI; BUENO, 2012	- analisar o percurso do itinerário terapêuticos de usuários, que não concluíram seu tratamento medicamentoso, de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre	- abordagem qualitativa - estudo cultural de significados das vivências - entrevista semiestruturada com 20 usuários entre 53 e 85 anos - visita domiciliar	- falta de recursos financeiros - dificuldade física de locomoção - efeitos colaterais - receita médica não legível - falta do medicamento na farmácia distrital - receios relacionados a efeitos colaterais - burocracias
9	LOFEGO; SILVEIRA, 2016	- apresentar a experiência da MARES (Metodologia de Análise de Redes	- abordagem qualitativa - base fenomenológica e	- esta metodologia capta a complexidade simbólica das práticas sociais, em uma ótica da ação de sistemas

		do Cotidiano) aplicada a uma pesquisa sobre avaliação centrada no usuário - analisar itinerários terapêuticos de usuários em internação de longa permanência	construcionista	interativos em sobreposição que articulam afetividade, moral, direito, associação espontânea e corresponsabilidade da esfera pública - avaliação centrada no usuário - a rede e o itinerário terapêutico se dão mediante tramas intersubjetivas
10	PINHO; PEREIRA, 2012	- apresentar os itinerários terapêuticos percorridos por sujeitos soropositivos	- abordagem qualitativa - etnografia	- não separação em planos distintos das terapias biomédicas e alternativas - sobressalto da interação entre as esferas com o objetivo comum da saúde
11	RUIZ; GERHARDT, 2016	- discutir aspectos teórico-metodológicos relevantes para a compreensão do processo de adoecimento enquanto um fenômeno construído a partir de um processo de experimentação do mundo e da saúde e doença amarrada aos itinerários terapêuticos	- abordagem qualitativa - etnografia - diário de campo - observação participante	- construção de conhecimento acontece no encontro com os outros - a identidade do adoecido é também construída no encontro com os outros - o referencial teórico analisado permite atos compreensivos das experiências vividas pelas pessoas
12	SANTOS; SILVA, 2014	- investigar as condições de vida e os itinerários terapêuticos de duas populações quilombolas do Estado de Goiás	- abordagem quantitativa - questionário familiar - entrevistas semiestruturadas - observação participante	- os itinerários terapêuticos mobilizam saberes populares, religiosos, e os conhecimentos biomédicos por meio do serviço público de saúde - utilização de automedicação caseira e alopática - há uma senhora, muito conhecida na região, que é responsável pelos tratamentos caseiros - postos de saúde quase sempre fechados e com

				infraestrutura precária
13	TRAD, 2016	- compartilhar a experiência de campo de um estudo etnográfico que foi atravessado pelas preocupações e questões pautadas pela Antropologia pós-moderna ou reflexiva	- abordagem qualitativa - etnografia	- utilização de todos os recursos e alternativas terapêuticas disponíveis no território, com preferência pela rede formal - valorização do sentimento religioso em momentos de aflição - queixas sobre o tempo de espera - a rede de apoio tem como referência primária a rede de parentesco

Elaboração própria

Como citado na introdução deste capítulo, os estudos iniciais acerca dos itinerários terapêuticos se designam como *illness behaviour*. O primeiro foco das pesquisas foram explicativos e tiveram foco em enunciados com a finalidade de resumir causas, leis, hipóteses e leis que regem a conduta humana, colocando-a em posição racional e lógica como uma fórmula, tomada como universal (ALVES; SOUZA, 1999).

Tal modo de pensamento advém da predominância positivista da época proveniente de ciências naturais e matemáticas. Esta estrutura epistemológica tem em sua crença que a conduta humana se expressa com regularidade arbitrável e pré-determinada. Porém, os estudos contemporâneos já explicitam que os fenômenos sociais são compostos de circunstâncias, de modo dialógico em que todo o contexto e momento são cruciais para a decisão simbólica e real.

A revisão de literatura feita relativa aos ITs indicam a mudança de olhar sobre os processos sociais ocorridos nas ciências sociais. Saiu-se do modelo utilitarista determinado por certa lógica do consumo e se passou a não só considerar o consumo do serviço biomédico conforme demanda, mas também se consideram fatores culturais, sociais e relacionais.

Dentre estes fatores, são destacados na maioria dos trabalhos (2, 3, 5, 7, 9, 11, 12) a questão de parentesco como influências fortes no processo. A rede familiar aparece como fator crucial no cursar dos caminhos de cuidado, assim como a consideração das experiências de outros membros da família para a tomada de decisão nos ITs.

Um núcleo de interesse predominante na maior parte dos estudos é da relação do paciente com a rede de atenção à saúde e suas percepções sobre o

mesmo (2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13). Em que, todos os que têm como participantes da pesquisa uma população marginalizada tem dificuldades com o acesso, tanto na locomoção como na condição dos recursos oferecidos pelas unidades mais próximas.

O estudo de Burielle e Gerhardt (2014), que tratam especificamente de um território rural, como nesse estudo, apontam que este espaço tem uma questão singular de postergar o cuidado, já que as pessoas que vivem neste meio tendem a buscar o serviço de saúde ou algum tipo de cuidado só quando apresentam dores agudas. Esta questão já foi visualizada no território da Vila Primavera e será mais amplamente destacada no capítulo de Considerações Parciais.

Dos estudos destacados, o que mais tem a intenção de promoção de mudança em tecnologias de qualidade de vida é "A mediação no meio rural: concepções e caminhos da pesquisa em saúde" (GERHARDT, 2011), que promove a transformação de realidade, estando perto dos objetivos da pesquisa apontada neste relatório.

A importância da centralidade do ser, levando em conta sua singularidade e suas redes simbólicas traçadas a partir das relações no território cultural está presente em todos os estudos, tanto direta como indiretamente. As análises sobre ITs, então, envolvem as distintas trajetórias individuais que se possibilitam e se concretizam em um campo de possibilidades socioculturais.

Apesar das singularidades dos trajetos, eles se criam de maneira conjunta e integrada, de modo que muitos pontos se cruzam e aparecem como similares nas diferentes narrativas de pessoas que habitam o mesmo território. Com isso, é possível captar a complexidade simbólica das escolhas ajudando no redirecionamento das ações em Saúde Coletiva.

Os resultados dos estudos apontam para a necessidade de maior centralidade do usuário, possibilitando com que os cuidados formais escutem mais o contexto do paciente. Além disso, também sinalizam a carência pela integralidade de práticas biomédicas e práticas alternativas, considerando medicamento caseiro, cuidados em rede, espiritualidade, dentre outras potencialidades apresentadas em cada comunidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos sobre ITs no Brasil são relativamente recentes, mas já se mostram como potentes para expandir as percepções sobre como as pessoas conduzem sua busca por cuidado à saúde. Seu entendimento pode ser uma ferramenta chave para conhecer os dispositivos de cuidado acionados pelos pacientes, pela família e rede no território.

A cartografia e ecologia de saberes como modo de habitar um território guia o olhar do pesquisador para uma perspectiva de construção coletiva dos conhecimentos, validando todo conhecimento apresentado. Além disso, dialoga com a visão de sujeito apresentada na contemporaneidade nos estudos de ITs, ao passo que o entende como agente e não apenas como agenciado.

Com as ferramentas da cartografia e a base teórica acerca dos itinerários terapêuticos, para este relatório parcial foi possível produzir um mapeamento inicial do território que será apresentado a seguir.

A Vila Primavera, ou Chora Neném, é um bairro rural situado no interior paulista, nos limites do estado, quase em Minas Gerais. No território há uma Unidade de Estratégia da Saúde da Família, que fica aberta das 7h às 17h, porém só tem movimentação no período da manhã, quando a médica está disponível para realizar atendimentos. Esta unidade é responsável não só pelo atendimento dos habitantes da Vila, mas também um outro bairro usineiro (Estreito) que fica a 5 km e toda a população rural da região de Pedregulho, a cidade mais próxima.

Há aproximadamente oito anos, a unidade aderiu a Estratégia da Saúde da Família, no mesmo momento em que abriu uma extensão da unidade em Estreito, em um prédio que antes era um hospital desativado. A unidade e sua extensão dividem os funcionários. A médica fica meio período em uma e meio na outra, na parte da manhã na Vila Primavera e na parte da tarde em Estreito, com exceção da quinta-feira em que os horários são invertidos. Sempre tem uma técnica de enfermagem em cada unidade e a enfermeira responsável também divide seus horários. Há um dentista na extensão em estreito que faz extração, limpeza e implante.

A farmácia da rede, porém, fica em Pedregulho, então quando a médica receita algum medicamento da rede, o motorista que traz alguns suplementos para a Unidade Vila Primavera na parte da manhã, pega as receitas, entrega para o farmacêutico da rede em Pedregulho e traz o medicamento no dia seguinte para a Vila Primavera e para o Estreito.

Já quando há algum pedido de remédio que não é disponibilizado pela rede, algum encaminhamento para especialidades médicas ou pedido de exame, são realizados em Pedregulho. Os moradores reclamam sobre esta questão, pois a única possibilidade de transporte público para a cidade é uma linha de ônibus que sai no início da manhã e volta no final da tarde e também faz o transporte dos trabalhadores. Então independente do horário e duração de seu compromisso de saúde, é preciso passar o dia todo em Pedregulho.

As maiores queixas da região são sintomas de diabetes e hipertensão, além de doenças "de época" como dengue e gripe. Outras recorrências são os adoecimentos gerados pelo trabalho, que se manifestam em dores na lombar nos trabalhadores rurais de plantações e de intoxicação de quem trabalha na fazenda de laranja pelo contato com agrotóxicos.

Além do serviço formal, existe na Vila uma senhora que ocupa um grande lugar no processo de cuidado dos habitantes. Ela produz remédios caseiros para todos os tipos de doença, principalmente respiratórias, tratando com xaropes e de pele, tratando com emplastos. Há também uma benzedeira que é procurada para tratar principalmente quebrante, mau olhado e cobreiro.

Para os próximos passos da pesquisa, será realizada inserção em campo com elaboração de diário de campo e acompanhamento de alguns itinerários terapêuticos para que se tenha maior entendimento de como os serviços de cuidado se relacionam com os habitantes do território e como os habitantes se relacionam com os serviços.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Alberto. O bem viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos. Tradução: Tadeu Breda. São Paulo: Autonomia Literária, Elefante, 2016.

ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. Experiência de doença e narrativa, v. 1, p. 125-38, 1999.

AMARAL, Rubia Fernanda Cardoso et al. Itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho: interfaces entre a cultura e biomedicina. Rev Rene, 13(1). 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin et al. Práticas de cuidado em relação à dor: a cultura e as alternativas populares. Escola Anna Nery, v. 12, p. 90-96, 2008.

BURILLE, Andreia; GERHARDT, Tatiana Engel. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. Saúde e Sociedade, v. 23, p. 664-676, 2014.

DAS, Veena; DAS, Ranendra K. Pharmaceuticals in urban ecologies. Global pharmaceuticals, p. 171-205, 2006.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Mil platôs. Capitalismo e esquizofrenia 2. vol. 2. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. São Paulo: Editora 34, 2011.

FERREIRA, Jaqueline; ESPÍRITO SANTO, Wanda. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 22, p. 179-198, 2012.

GERHARDT, Tatiana Engel et al. A mediação no meio rural: concepções e caminhos da pesquisa em saúde. In: Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. 2011. p. 241-252.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.

GROSGOUEL, Ramón. Racismo/Sexismo Epistêmico, Universidades Ocidentalizadas e os quatro Genocídios/Epistemicídios ao longo do século XVI. Tabula rasa, n. 19, p. 31-58, 2013.

GUERIN, Giliane Dorneles; ROSSONI, Eloá; BUENO, Denise. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, p. 3003-3010, 2011.

KASTRUP, Virgínia; PASSOS, Eduardo. Cartografar é traçar um plano comum. Fractal: Revista de Psicologia, v. 25, p. 263-280, 2013.

LOFEGO, Juliana; SILVEIRA, Rodrigo Pinheiro. A metodologia MARES e a experiência na análise das redes de solidariedade no processo de desinstitucionalização em Saúde Mental no Acre. In: Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. 2016. p. 237-253.

NUNES, João Arriscado; LOUVISON, Marília. Epistemologias do Sul e descolonização da saúde: por uma ecologia de cuidados na saúde coletiva. Saúde e sociedade, v. 29, 2020.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, cap. 01, p. 17-31, 2009.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. Fractal: Revista de Psicologia, v. 25, p. 391-413, 2013.

PINHO, Paula Andréa; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 16, p. 435-450, 2012.

RODEGHIERO, Thiago Heinemann; DUARTE, T. . O que é a cartografia?. 2020. Educapes. Disponível em: [https://bit.ly/edu_cartografia]. Acesso em: 01 de dez. 2022.

RODEGHIERO, Thiago Heinemann. Obra-Aula: processos, procedimentos e criação de uma docência passarinhar. 2019. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pelotas.

RUIZ, Eliziane Nicolodi Francescato; GERHARDT, Tatiana Engel. Etnografando dádivas e fazendo aparecer o cuidado em itinerários terapêuticos: anseios e

incursões de uma " primeira viagem". In: Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. 2016. p. 185-201.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. Novos estudos CEBRAP, p. 71-94, 2007.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Epistemologias del Sur. Mexico: Siglo XXI, 2010.

SANTOS, Renata Carvalho dos; SILVA, Maria Sebastiana. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. Saúde e Sociedade, v. 23, p. 1049-1063, 2014.

SHIVA, Vandana. Monocultures of the mind: Perspectives on biodiversity and biotechnology. Palgrave Macmillan, 1993.

TRAD, Leny A. Bomfim. O campo como exercício reflexivo: emanações de uma etnografia sobre itinerários terapêuticos de famílias negras de Salvador. In: Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. 2016. p. 147-161.

CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE O NOME DAS MEDICAÇÕES QUE FAZEM USO E ENTENDIMENTO À CERCA DOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS APÓS A CONSULTA MÉDICA

Luiza Teodoro Campos Faleiros
Graduada em Medicina – Uni-FACEF
lfzaleiros@gmail.com

Viviane Rodrigues Esperandim Sampaio
Doutora em Biociências – USP
Docente dos cursos de Graduação em Medicina e Enfermagem - Uni-FACEF
vivianeesperandim@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

"A Organização Mundial da Saúde define o medicamento como um produto farmacêutico para recuperação ou manutenção da saúde. De acordo com informações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o uso indiscriminado de medicamento, facilitado pelo acesso de uma parte da população "ao comércio", leva a população a um processo de risco à saúde e até a morte (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018).

A evolução da terapêutica farmacológica tem sido visível desde o surgimento dos primeiros medicamentos para o controle de infecções entre 1930 e 1940, que contribuíram fortemente com a redução da morbimortalidade ao longo do século passado. A partir daí os medicamentos começaram a ser vistos como elementos complexos, deixando de ser apenas um instrumento de intervenção terapêutica. Os potenciais benefícios do uso de medicamentos, em geral, são bem conhecidos, porém, mesmo na época do surgimento dos primeiros fármacos, já era conhecida a capacidade dos medicamentos de provocar efeitos adversos no organismo. (SILVA et al., 2021).

Desta forma, em 1985 surge o conceito de promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM), proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que traz a informação de que o paciente deve receber a medicação correta, na dose adequada e em um determinado período de tempo, considerando também, o custo individual e comunitário da droga. Tendo em vista estas informações, os profissionais prescritores necessitam permanecer cautelosos às inúmeras questões ligadas ao tratamento farmacológico do cliente, analisando se na realidade, determinada medicação está adequada para o doente, se é segura, efetiva e se há aceitação do paciente à terapêutica proposta (COSTA et al., 2012) .

Sabendo disso, a prescrição torna-se um importante instrumento neste contexto, pois contribui com a intervenção de agravos, favorecendo que as vantagens intrínsecas da utilização dos medicamentos sejam maiores que os riscos, sendo que a prescrição é uma forma de determinar qual intervenção medicamentosa deve ser feita pelo paciente, orientando de forma escrita, todas as informações essenciais pertinentes ao tratamento em questão, além de ser um documento necessário para a dispensação e aquisição de alguns fármacos, evitando a automedicação e aumentando a segurança do paciente no processo terapêutico. (SILVA et al., 2021).

É comum nos depararmos com situações em que os indivíduos sem conhecimento técnico ou idosos, sentem dificuldades ou desconhecem o seguimento de um tratamento favorecendo uma interação medicamentosa e aumentando os riscos de intoxicação. Para especialistas, o consumo nacional de medicamentos estaria relacionado ao hábito do brasileiro em fazer automedicação, e ao fato do medicamento ser considerado uma mercadoria que pode ser adquirida e consumida sem a orientação devida. De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 50% dos usuários de medicamentos o faz de forma incorreta. É importante que a pessoa saiba o que é o produto que está adquirindo, a ação que vai acontecer em seu organismo ao consumir a substância e das incompatibilidades que existem em relação ao medicamento, assim como a responsabilidade de tomá-lo corretamente (SILVA et al., 2021).

Os medicamentos de maior uso pela população brasileira são: anticoncepcionais, analgésicos, descongestionantes nasais, antiinflamatórios e alguns antibióticos. A Política Nacional de Medicamentos, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui, dessa forma, um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. O seu propósito precípua é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Ademais, é importante ressaltar que a saúde do homem, quando comparada à mulher, apresenta uma menor prevalência na rotina de cuidados periódicos nos serviços de saúde e pode ter influência de fatores intrínsecos e extrínsecos de modo a aumentar a morbimortalidade masculina e contribuir com a má qualidade de saúde. Esses fatores são de natureza biopsicossociocultural favorecendo as poucas ações de promoção da saúde e prevenção das doenças que acometem os homens, situação que pode ser influenciada pelo despreparo dos profissionais de saúde, poucos incentivos e investimento em políticas públicas de saúde do homem no Brasil e pouco apoio estrutural para garantir o prosseguimento das atividades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A concepção de masculinidade era sinônimo de virilidade e decorre do patriarcalismo o qual estabelecia uma hierarquia entre os sexos, caracterizando os

homens como seres supremos, invulneráveis e isentos de emoções, entendendo o cuidado à saúde como algo incomum à masculinidade. Estudos estatísticos mostraram que, aproximadamente, um terço (31%) dos homens residentes no Brasil não tem o hábito de ir aos serviços de saúde para fazer acompanhamento de rotina; esses homens não buscam informações e formas de auxílio na prevenção de doenças de modo a não se preocuparem com sua própria qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde (MS) apontaram que existem barreiras socioculturais que interferem na prevenção à saúde. Porém, em outras situações, os pacientes masculinos acreditam que não adoeçam ou temem descobrir alguma doença, além de sentirem que o autocuidado pode gerar distorção da imagem de homem forte e protetor da família. Contudo, a saúde é essencial para que os homens participem ativamente das atividades do lar. Dentre as barreiras que comprometem a busca do público masculino aos serviços de saúde, podem ser citadas o horário de funcionamento das unidades que é coincidente com o horário de trabalho; as equipes de saúde serem constituída majoritariamente por mulheres; a demora em conseguir atendimento; o preconceito quanto a ser atendido ou tocado por um profissional masculino; o acolhimento deficiente; a inexperiência dos profissionais; a escassez de programas sociais voltados ao público masculino; o ambiente físico que não permite uma privacidade no atendimento; a precarização e pouca resolutividade dos serviços de saúde, principalmente na atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014.)

Assim, a forma com que o serviço de saúde se coloca, motiva sentimentos de constrangimento, timidez e afastamento, fazendo com que haja o desconhecimento acerca das inúmeras possibilidades fornecidas pela Estratégia de Saúde da Família, gerando a aumento da vulnerabilidade do público masculino às relações de mortalidade. Assim, estes fatores dificultadores contribuem para a piora na qualidade de vida do homem de modo a diminuir a sua expectativa de vida, bem como aumentar o índice de doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis que podem ser evitadas (LIMA., et al, 2022).

Além disso, é sabido que o envelhecimento populacional gera novas demandas, cujo atendimento requer a constante adequação do sistema de saúde e, certamente, a transformação do modelo de atenção prestada, de modo a conferir prioridade ao caráter preventivo das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. No processo de atenção à saúde, o paciente deve ser visto como membro ativo no processo saúde/doença/tratamento. Dessa maneira, o paciente deve assumir solidariamente a responsabilidade por seu tratamento, uma vez que sua atitude interfere no sucesso da terapêutica. A importância do paciente se dá pelo fato de ser ele quem descreve o que está sentindo e de ser quem vai aderir ou não à indicação médica, pois, se ele não seguir as recomendações prescritas e não utilizar corretamente os medicamentos, na maioria das vezes, o tratamento não alcançará o objetivo esperado (VERAS, 2009).

Entre os principais problemas relacionados ao uso de medicamentos estão o sobreuso (como consequência da prescrição excessiva ou do uso indiscriminado), a polimedicação (prescrição de vários medicamentos) e o uso incorreto (medicamento ineficaz ou na dose errada). A falta de informações ou a não-compreensão das informações transmitidas pelos profissionais da saúde aos pacientes podem trazer consequências como: não-adesão ao tratamento, com o consequente insucesso terapêutico; retardo na administração do medicamento, agravando o quadro clínico do paciente; aumento da incidência de efeitos adversos, por inadequado esquema de administração e/ou duração do tratamento; dificuldades na diferenciação entre manifestações da doença e efeitos adversos da terapêutica; e incentivo à automedicação, bem como outras sérias consequências, que podem piorar o estado de saúde do paciente (OENNING; DE OLIVEIRA; BLATT, 2009).

Dessa forma, é de fundamental importância compreender essa lacuna existente entre o que o paciente deveria saber e o que ele sabe sobre seu tratamento/ medicamentos em uso e descobrir quais falhas determinam para que esse problema que fere o contexto da saúde direta e indiretamente ainda seja tão presente nos dias atuais mesmo diante ao acesso à tantas fontes que deveriam ser informativas e de finalidade esclarecedora.

2 OBJETIVOS

O presente trabalho teve como objetivo verificar a percepção dos usuários das redes a respeito do conhecimento da população da atenção básica sobre o nome das medicações que fazem uso e entendimento à cerca dos medicamentos prescritos após a consulta médica no município de Franca-SP, identificando as fortalezas dessas informações e ressaltando a importância de tal entendimento para condutas médicas e para posteridade na eficácia do tratamento e no curso/prognóstico da doença.

3 METODOLOGIA

O projeto foi realizado em formato de pesquisa aplicada com abordagem quantitativa, descritiva, participativa e exploratória dos usuários da Unidade Básica de Saúde Ângela Rosa, onde existe certo predomínio da demanda de população idosa.

A pesquisa foi realizada em etapas, onde a primeira consistiu em revisão de literatura para embasamento da pesquisa. Posteriormente, para segunda etapa, foi realizada a coleta de dados dos usuários que frequentam o serviço de APS do município de Franca-SP através de um questionário onde 51 pacientes responderam à pesquisa em âmbito de consulta e os dados foram conferidos no sistema e/ou em receitas simultaneamente.

Todos participantes foram voluntários e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no momento em que aceitaram responder ao questionário e uma cópia do mesmo foi entregue a cada paciente. Vale a pena ressaltar que durante a pesquisa a identificação do usuário com as informações: nome, sexo e idade serão colhidas para posterior estatística no estudo com relação a prevalência de idade e sexo. Entretanto, tais informações serão sigilosas, onde a identificação do participante não será exposta em nenhum momento. O período de coleta foi de Janeiro de 2023 até Março de 2023.

O questionário foi embasado nas seguintes perguntas norteadoras: (A) Nome do medicamento; (B) Horário que faz uso; (C) Indicação; (D) Dose; (E) Frequência de uso; (F) Duração do tratamento; (G) Efeitos adversos; (H) Precauções. Assim, à cada pergunta do questionário serão atribuídas pontuações, sendo pontuação 1 para todas as perguntas respondidas corretamente, exceto as perguntas a respeito do nome do medicamento e de sua indicação, onde essas possuirão pontuação 2 devido serem informações indispensáveis; totalizando, dessa forma, 10 pontos

Por fim, na terceira etapa, os dados foram colocados em gráficos para serem analisados para verificar se as informações obtidas são condizentes com os dados encontrados em literatura, que, afirmam que a população masculina e idosa são as que mais possuem dificuldade em relatar os medicamentos em uso.

3.1 Limitações e Observações sobre o questionário aplicado

O questionário apresentou como limitação o fato dos usuários ficarem constrangidos quando não sabiam a resposta e quererem interromper a pesquisa devido a isso ou pedirem para olhar nas receitas alguns dados perguntados o que ia contra a proposta apresentada no projeto. Dessa forma, desde o princípio foi optado por realizar o questionário em âmbito de consulta de maneira individual, para evitar que esse tipo de situação acontecesse e a pessoa em questão se sentisse confortável em responder as perguntas.

4 RESULTADOS

4.1 Visão Geral

Participaram da pesquisa 51 usuários da APS Ângela Rosa, localizada em Franca, interior de SP, sendo 16 homens (31,3%) e 35 mulheres (68,7%). A fim de verificar qual faixa etária demandaria maior atenção para o projeto de intervenção, os usuários foram divididos em 3 grupos distintos, sendo os primeiros aqueles com idade entre 18-39 (jovens), o segundo entre 40 e 59 anos (meia-idade) e, por fim, o último com 60 anos ou mais (idosos). As **Tabelas 1 e 2** e os **Gráficos 1 e 2** exemplificam isso.

Tabela 1 - Número e Porcentagem de participantes da pesquisa por faixa etária

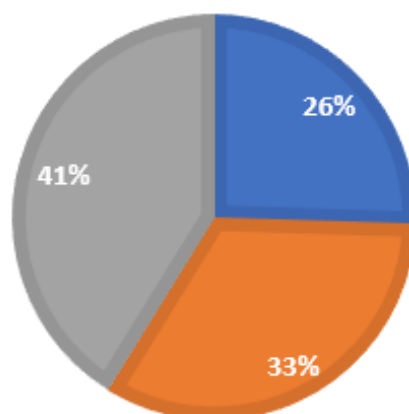
Faixa Etária	Nº	%
18 a 39 anos	13	25,5
40 a 59 anos	17	33,3
60 anos ou mais	21	41,2
Total	51	100

Fonte: autor

Figura 1 - Porcentagem de participantes da pesquisa por faixa etária

PARTICIPANTES DA PESQUISA POR FAIXA ETÁRIA

■ 18 a 39 anos ■ 40 a 59 anos ■ 60 anos ou mais



Fonte: autor

4.1.1 Participantes da pesquisa por faixa etária

Na APS em que o estudo foi aplicado percebeu-se um predomínio da população idosa que frequentam o serviço. A complexidade das demandas de saúde apresentadas pelos idosos exige dos serviços a capacidade de responder adequadamente às suas necessidades não só de prevenção e controle de doenças, mas também da promoção de um envelhecimento ativo e saudável, visando autonomia e bem-estar. As ações da APS devem conduzir a uma atenção integral

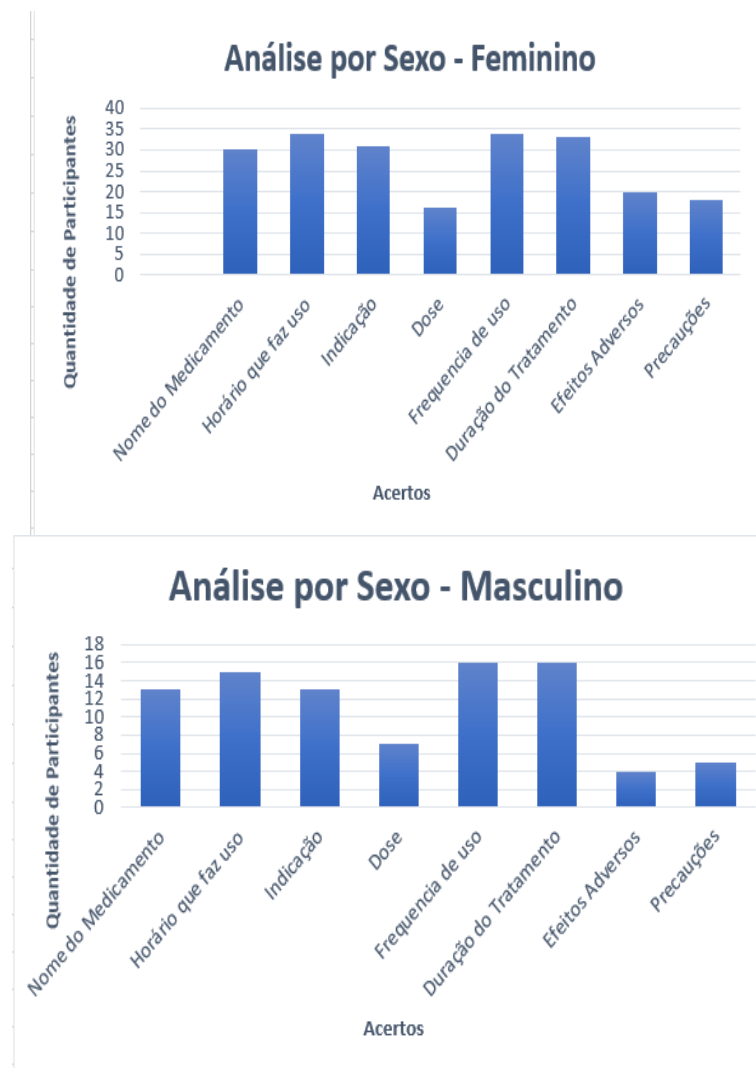
dos usuários, capaz de melhorar as condições de saúde, a qualidade de vida e a autonomia dos indivíduos e da coletividade. A APS apresenta atributos específicos como a atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, destacando-se no âmbito da prevenção e cuidado de condições crônicas. Por representar uma das parcelas mais vulneráveis da população, os serviços de atenção primária à saúde visam organizar e ofertar serviços aos idosos considerando suas demandas específicas e busca pela redução das iniquidades em saúde.

Tabela 2 – Participantes da pesquisa por sexo

SEXO	Nº	%
Feminino	35	68,6
Masculino	16	31,4
Total	51	100

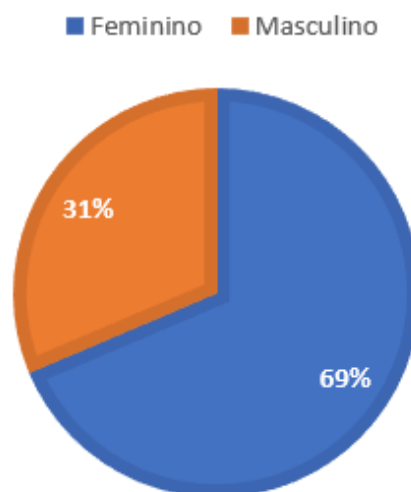
Fonte: autor

Figura 2 – Participantes da pesquisa por sexo



Fonte: autor

PARTICIPANTES DA PESQUISA POR SEXO



Fonte: autor

Participantes da pesquisa por sexo:

Foi evidenciado na pesquisa e representado na tabela e figura 2 que há um predomínio de usuários que frequenta a APS do sexo feminino, sendo que a porcentagem dessa população é mais que o dobro com relação a população masculina segundo as estatísticas e os dados colhidos. Estudos evidenciam que homens frequentam bem menos os serviços de Atenção Primária à Saúde, se a compararmos com as mulheres colaborando, assim, para uma má qualidade de saúde desse público. A representação do cuidar como tarefa feminina, as questões relacionadas ao trabalho, a dificuldade de acesso aos serviços e a falta de unidades especificamente voltadas para a saúde do homem são os principais motivos expressos pelos sujeitos para a pouca procura pelos serviços de saúde. Conclui-se, dentre outros aspectos, que o imaginário social que vê o homem como ser invulnerável acaba contribuindo para que eles padeçam mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morram mais do que elas pelas principais causas de morte. Essa análise pode ser importante para se refletir sobre as dificuldades, os obstáculos e as resistências associadas à saúde do homem numa dimensão relacional de gênero.

Outra questão que reforça a ausência dos homens ao serviço de saúde seria o medo da descoberta de uma doença grave, assim, não saber pode ser considerado um fator de “proteção” para os homens estudados. Outra dificuldade para o acesso dos homens a esses serviços é a vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde, particularmente a região anal, no caso da prevenção ao câncer de próstata. Também é apontado como um fator que dificulta esse acesso a falta de unidades específicas para o tratamento da saúde do homem. (GOMES et al., 2007, p. 565-574)

Tabela 3 - Número de acertos dos usuários de 18-39 anos

Faixa Etária 18 a 39 Anos	Total
Nome do Medicamento	13
Horário que faz uso	13
Indicação	13
Dose	6
Frequencia de uso	13
Duração do Tratamento	13
Efeitos Adversos	11
Precauções	11

Fonte: autor

Figura 3 - Número de acertos dos usuários de 18-39 anos



Fonte: autor

Tabela 4 - Número de acertos dos usuários de 40-59 anos

Faixa Etária 40 a 59 Anos	Total
Nome do Medicamento	17
Horário que faz uso	17
Indicação	16
Dose	9
Frequencia de uso	16
Duração do Tratamento	17
Efeitos Adversos	8
Precauções	12

Fonte: autor

Figura 4 - Número de acertos dos usuários de 40-59 anos



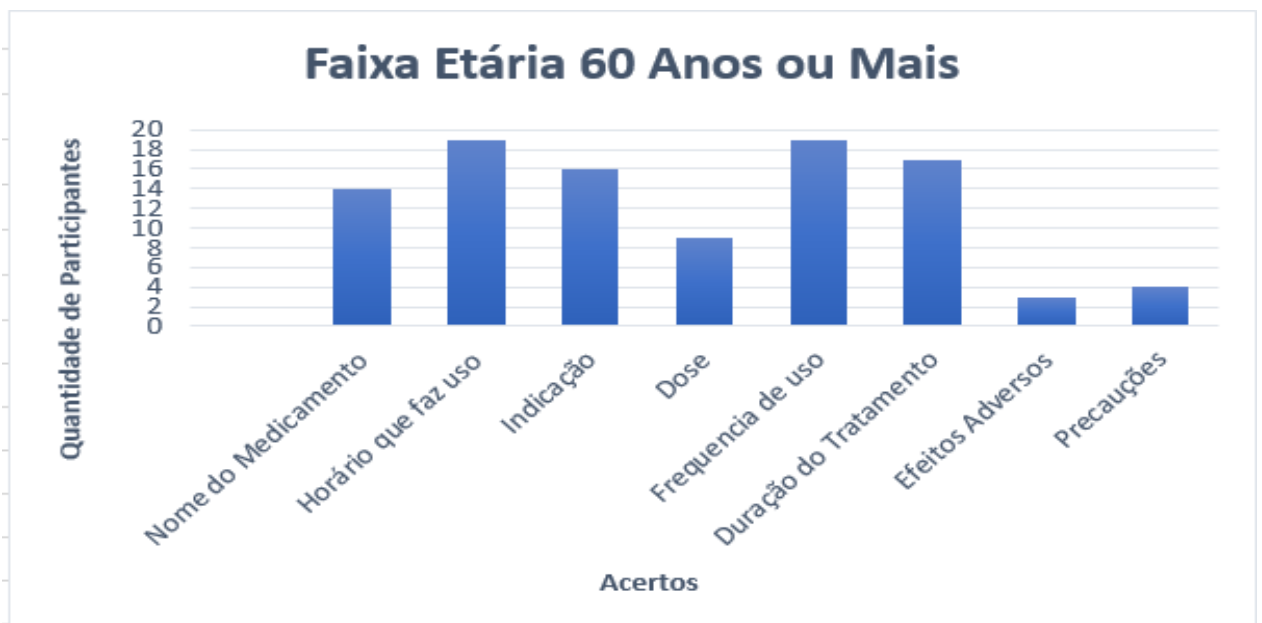
Fonte: autor

Tabela 5- Número de acertos dos usuários de 60 anos ou mais

Faixa Etária 60 anos ou mais	Total
Nome do Medicamento	14
Horário que faz uso	19
Indicação	16
Dose	9
Frequencia de uso	19
Duração do Tratamento	17
Efeitos Adversos	3
Precauções	4

Fonte: autor

Figura 5- Número de acertos dos usuários de 60 anos ou mais



Fonte: autor

Nível de conhecimento dos usuários da Atenção Primária à Saúde acerca dos medicamentos que fazem uso

Os resultados mostrados nas tabelas acima são derivados do questionário aplicado aos usuários que utilizam os serviços da atenção básica no município com base em cada faixa etária. Na APS em que foi realizada a pesquisa, há um predomínio da população idosa, visualizada graficamente na tabela 01. O instrumento utilizado para a coleta de dados estruturou-se em 08 perguntas onde essas foram relacionadas a compreensão dos medicamentos em uso, avaliando o conhecimento do participante sobre: nome do medicamento, horário de uso, indicação, dose, frequência de uso, duração do tratamento, efeitos adversos e precauções. Onde foi atribuído 01 ponto a cada pergunta respondida corretamente; com exceção do nome do medicamento e da indicação que foram atribuídos 02 pontos uma vez que essas informações são indispensáveis para entendimento do usuário a respeito do seu tratamento. Todas as entrevistas foram realizadas em âmbito de consultório, individualmente para que o usuário não se sentisse constrangido e, posteriormente as informações colhidas eram conferidas no prontuário eletrônico do paciente. Durante a entrevista, o paciente podia consultar a receita ou qualquer outro material para responder às questões relativas ao medicamento. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da uni-FACEF.

As tabelas 3,4 e 5 representadas anteriormente, trazem os resultados obtidos no questionário, onde ficou evidente que independentemente da faixa etária, o número dos que desconhecem principalmente dose, efeitos adversos e precauções é relativamente predominantemente alta, esse resultado pode ser consequência de consultas que priorizam informações fundamentais para que o usuário adote o tratamento ao invés de instruções sobre fatos que podem interferir de algum modo no desfecho da terapia medicamentosa, não informando e/ou escrevendo na receita.

Tabela 6- Análise com todos usuários entrevistados:

ANÁLISE FINAL	TOTAL
Nome do Medicamento	44
Horário que faz uso	49
Indicação	45
Dose	24
Frequencia de uso	48
Duração do Tratamento	47
Efeitos Adversos	22
Precauções	27

Fonte: autor

Figura 6- Análise com todos usuários entrevistados:



Fonte: autor

Como foi explicitado anteriormente ao longo do trabalho, o projeto baseou-se na aplicação de um questionário de 8 perguntas norteadoras, sendo essas: nome do medicamento, horário de uso, indicação, dose, frequência de uso, duração do tratamento, efeitos adversos e precauções; onde a cada item respondido corretamente eram atribuídas pontuações para posteriormente serem feitas estimativas quais são as principais informações que os usuários sentem dificuldade em responder.

Assim, foi visto que existe um predomínio da população idosa que frequentam o serviço, ou seja, usuários com idade igual ou superior a 60 anos o que possivelmente pode ser justificado pela característica do bairro em que a APS Ângela Rosa está localizada. Essa informação pode ser confirmada de acordo com a tabela e o gráfico 1 apresentados. Além disso, há um predomínio da população do sexo feminino que frequenta a APS, onde dessa vez essa característica não se deve a localização da ESF, mas sim, da literatura que afirma em estatísticas que há um predomínio em grande escala de mulheres que frequentam serviços de saúde ao contrário dos homens em que há pouca procura, o que remete a hábitos de prevenção que usualmente são mais associados às mulheres do que aos homens. Assim, os serviços públicos costumam ser percebidos como um espaço feminilizado, frequentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres. Essa situação provocaria nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço e remetendo por consequência grande parte das vezes a pouca procura desta população nesses serviços como confirmado na tabela 2 e a figura 2.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo abordado nesse projeto teve como objetivo realizar um levantamento de informações sobre parcela da população que frequenta serviços de Atenção Primária a Saúde e seus conhecimentos a respeito das medicações em uso. O projeto visou identificar qual a principal dificuldade da população com relação as perguntas do questionário aplicado a fim de processar e correlacionar estatisticamente os dados colhidos para analisar o perfil dos usuários da ESF Ângela Rosa, localizada na cidade de Franca no interior de SP. Vale a pena destacar que tal pesquisa possui grande relevância para a população, visando intervenções para melhorias na qualidade de vida dos usuários e, conseqüentemente, prevenir agravos à saúde.

Diante de toda a análise feita, pode-se destacar algumas características dos participantes. Começando pelo sexo, houve uma observação importante já que as mulheres foram as responsáveis por apresentarem maiores frequentadoras do sistema.

A faixa etária que mais prevaleceu no estudo foi da população idosa (60 anos ou mais) onde devido o processo de envelhecimento ser acompanhado grande parte das vezes também pelo declínio progressivo das capacidades tanto físicas como cognitivas, essa parcela da população apresenta maior dificuldade em fazer uso dos medicamentos de maneira correta ou de saber mais afundo o que aquele remédio poderia causar como efeito adverso ou precauções que deveriam/poderiam ser tomadas para uso do mesmo, como mostrado na pesquisa ser um dos principais desconhecimentos dos usuários.

A parcela da população considerada jovem (18-39 anos) foram os que menos apontaram dificuldades em responder ao questionário, o que pode ser justificado pela maior facilidade de compreensão destes pela maior taxa de escolaridade dessa faixa etária, além de maior facilidade em pesquisar informações sobre informações de seu tratamento em meios eletrônicos e grande parte das vezes fazerem uso de apenas um medicamento.

Em todas faixas etárias, o maior índice de erro acerca do medicamento foi em Dose, Precauções e Efeitos adversos. Questões pouco alertadas em consultas e de extrema relevância. Em contrapartida, os maiores índices de acertos ficam na questão do nome do medicamento, horário e indicação deste.

Para finalizar, pode-se concluir que a APS onde foram coletados os dados apresentou uma expressiva maioria de pessoas com índices de conhecimentos minimamente satisfatórios a respeito do tratamento de suas doenças, sendo necessário ênfase em 3 questões principais para melhoria de seu tratamento. Assim, deveria ser melhor abordado e alertado a respeito da importância em saber a dose,

precauções e feitos adversos que os medicamentos em uso podem causar e que deve ser chamada a atenção em casos de aparecimento destes. Esse fato é de extrema relevância, pois demonstra que esse universo é complexo, no qual o processo de cuidado é influenciado por uma miríade de fatores tanto macros como micros e que se configuram como objetos de questionamento e intervenção no âmbito da atenção primária, uma vez que afetam a qualidade de vida da população idosa.

REFERÊNCIAS

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Efetivando o Controle Social. Efetivando o Controle Social, MS, ano 2018, ed. 10, p. 1-44, 2018.

COSTA, Karen Sarmento et al. Uso racional de medicamentos. Uso racional de medicamentos, Editora MS, v. 1, n. 1-158, 1. ed. p. 1-158, 2012. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos Esplanada dos Ministérios.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAÚJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.

LIMA, Kacia de Oliveira et al. Fatores dificultadores para o acesso e acompanhamento de rotina do homem nas instituições de saúde: revisão integrativa. Fatores dificultadores para o acesso e acompanhamento de rotina do homem nas instituições de saúde: revisão integrativa, Infarma. Ciências Farmacêuticas, v. 34, ed. 4, p. 291-299, 8 set. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil); SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE (Brasil); DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (Brasil); ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, (Brasil). Política Nacional de Medicamentos. Política Nacional de Medicamentos, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Formulação de Políticas de Saúde, v. 2, n. 25, p. 1-40, 1 maio 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil) et al. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes, MS, v. 1, p. 1-40, Novembro 2008.

NOVAES, Anna Rita Vieira de et al. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Caderno de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Caderno de Atenção Básica, MS, v. 35, ed. 1, p. 1-162, 2014.

OENNING, Diony; DE OLIVEIRA, Bruna Volpato; BLATT, Carine Raquel. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos

prescritos após consulta médica e dispensação, *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, ed. 7, p. 1-7, 12 nov. 2009.

SILVA, Marcelo da et al. Avaliação do nível de conhecimento das prescrições na Atenção Primária à Saúde. *Avaliação do nível de conhecimento das prescrições na Atenção Primária à Saúde, Research, Society and Development*, v. 10, n. 1-15, ed. 5, p. 1-15, 26 abr. 2021.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações, Rev. Saúde Pública*, v. 43, ed. 3, p. 1-7, Junho 2009.

ANEXO A

Questionário

Nome do paciente:

Sexo:

Idade:

PERGUNTAS	PONTUAÇÃO	CORRETO	INCORRETO
Nome do medicamento	2 pontos		
Horário que faz uso	1 ponto		
Indicação	2 pontos		
Dose	1 ponto		
Frequência de uso	1 ponto		
Duração do tratamento	1 ponto		
Efeitos adversos	1 ponto		
Precauções	1 ponto		
Pontuação atingida			

*O DOBRO DA PONTUAÇÃO NO CASO DO NOME DO MEDICAMENTO E DA INDICAÇÃO SE JUSTIFICA POR ESSAS INFORMAÇÕES SEREM INDISPENSÁVEIS. SENDO A PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇADA 10 PONTOS.

Parâmetros:

Posteriormente a coleta de dados, serão então feitas estimativas de acordo com a idade e o sexo dos pacientes e a média da pontuação registrada nessa faixa etária visando confirmar, como visto em literatura, se esses fatores influenciam em relação ao uso dos medicamentos contínuos.

Medicamentos em uso: (conferido em receita ou no sistema em consultas anteriores)

DÉFICIT NA ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA INFANTO-JUVENIL: sua repercussão no sobrepeso/obesidade e aumento do risco de síndrome metabólica

Guilherme da Cunha Ferreira
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
guilhermeferreirac3c@gmail.com

Viviane Rodrigues Esperandim Sampaio
Doutora em Biociências – USP
Docente dos cursos de Graduação em Medicina
e Enfermagem - Uni-FACEF
vivianeesperandim@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é um distúrbio metabólico caracterizado por um estado inflamatório crônico e acúmulo de tecido adiposo corporal, no qual acarreta diversos prejuízos à saúde. Esse grande problema de saúde pública é considerado o principal fator de risco para o desenvolvimento de síndrome metabólica (FEFERBAUM *et al.*, 2019). Sob essa perspectiva, a terminologia “síndrome metabólica (SM)” ou “síndrome da resistência à insulina”, diz respeito a um transtorno complexo, no qual engloba fatores de risco, sejam eles antropométricos, fisiológicos e/ou bioquímicos, que culminam no aumento da possibilidade de desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas (DAMIANI *et al.*, 2011).

Estudos epidemiológicos vêm mostrando aumento da obesidade entre crianças e jovens, que por relação diretamente proporcional, culmina em uma prevalência ascendente para SM nesse grupo etário. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), tem crescido em torno de 10 a 40% a prevalência de obesidade infantil na maioria dos países europeus nos últimos 10 anos (MELLO; LUFT; MEYER, 2004). E seguindo a tendência mundial, o Brasil apresenta elevados índices de excesso de peso infantil, apesar de estudos deficitários quanto a dados precisos que representem seu acometimento na população infanto-juvenil brasileira (RAMOS-SILVA; SILVA; MARANHÃO, 2019). Segundo estimativas, a prevalência de SM em crianças e adolescentes brasileiros seja de aproximadamente 14%, sendo aumentado para 26% quando se considera a presença obesidade (SOUZA, 2007). De acordo com a OMS, uma em cada dez crianças no mundo é obesa, o que corresponde a cerca de 155 milhões de crianças (MARQUES; BEZERRA; SOUSA, 2020).

Existem diversos métodos diagnósticos para sobrepeso e obesidade, como o cálculo do índice de Massa Corporal (IMC), medida da dobra cutânea do tríceps (DCT), tabela de Cole, índice de obesidade, entre diversos outros (MELLO;

LUFT; MEYER, 2004). Todavia, quando se fala da comunidade infantil, o método mais utilizado é o IMC-por-idade em percentil ou Z-escore, baseado nos gráficos preconizados pela OMS. Valores de IMC, para crianças e adolescentes, entre Z-escore $> +1$ e $\leq +2$ é diagnóstico de sobrepeso e de obesidade quando se enquadra entre $> +2$ e $\leq +3$. (D'SOUZA, 2009). Por outra via, o diagnóstico de SM infanto-juvenil possui algumas peculiaridades que diferem de um adulto. A Federação Internacional de Diabetes (IDF) não recomenda fazer diagnóstico de SM antes dos dez anos de idade, mas notifica sobre a necessidade de redução de peso mediante presença de obesidade abdominal. A partir dos 10 até os 16 anos, a SM é diagnosticada pela presença de obesidade abdominal (circunferência abdominal \geq percentil 90 ou maior do que o limite inferior para adultos) e duas ou mais manifestações clínicas, sendo elas: triglicérides aumentados (>150 mg/dL), HDL (lipoproteínas de alta densidade) baixas (<40 mg/dL), hipertensão arterial (pressão arterial sistólica ≥ 130 mmHg ou diastólica ≥ 85 mmHg) ou hiperglicemia (>100 mg/dL ou presença de diabetes mellitus tipo 2) (SOUZA, 2007).

A saúde de crianças e adolescentes é diretamente proporcional ao seu desenvolvimento e crescimento adequado. Tendo isso em vista, e levando em conta que as condições de vida possuem influência sobre tal, instituições especializadas em saúde, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), instituíram e padronizaram ferramentas para garantir o acompanhamento de medidas pôndero-estaturais (ZEFERINO *et al.*, 2003). A monitoração do desenvolvimento e estado nutricional infanto-juvenil é dado por meio de curvas de crescimento preconizadas pela OMS. Tais curvas são expressas em percentis ou Z-escore e são específicas para sexo e faixa etária (Figura 2 e 3). Algumas delas correlacionam comprimento para a idade, altura para a idade, peso para a idade, perímetro cefálico para a idade e IMC para a idade. O principal indicador antropométrico utilizado nesse estudo é o IMC para a idade, pois é o parâmetro mais confiável para diagnóstico nutricional. Esse indicador possui classificação que varia desde magreza acentuada até a obesidade grave (Tabela 1) e tem como objetivo verificar o estado nutricional dos menores, detectando se há baixo peso ou excesso de peso. Desse modo, proporciona a identificação de agravos de saúde precoces e garante uma intervenção imediata (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

A síndrome metabólica configura-se como uma associação de diversos fatores de risco, como, hipertensão arterial sistêmica, alterações no metabolismo da glicose (resistência à insulina), aumento das taxas de gordura no sangue (dislipidemia) e da circunferência abdominal. Sua ocorrência está relacionada ao surgimento de doenças cardiovasculares e/ou diabetes tipo 2. É uma entidade complexa, sendo de origem multifatorial e o principal fator de risco para o desenvolvimento da SM é o excesso de peso, em especial o aumento da circunferência abdominal. Desse modo, o problema primário acaba virando uma queda em dominó, no qual a primeira peça derruba a seguinte. O aumento do percentual adiposo coadjuva no desenvolvimento de níveis elevados de colesterol

total, baixos níveis de HDL-colesterol, hipertensão e hiperglicemia (PENALVA, 2008).

O crescimento infantil fisiológico é dependente de heranças genéticas e ambientais, porém também sofre grande influência social. O desenvolvimento da criança em um meio sedentário, com uma alimentação pobre em nutrientes e somado a herança biológica, propicia ao surgimento de um distúrbio nutricional e metabólico, como a obesidade (ZEFERINO *et al.*, 2003). O aumento de tecido adiposo está ligado ao risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, doenças cardiovasculares, aceleração de idade óssea e fechamento precoce das cartilagens de crescimento, entre diversos outros. Em contrapartida, mudanças de hábitos alimentares e comportamentais revigoram em benefício à saúde desse público jovem, garantindo melhor qualidade de vida. No entanto, um desafio encontrado é falta de entendimento por parte das crianças e a necessidade de atenção integral dos pais no processo de ressignificação alimentar (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

A obesidade infantil está em processo de ascensão em todos os países industrializados e diversos fatores parecem estar vinculados na sua gênese, tais como polimorfismos genéticos, histórico familiar, apetite e fome, disfunções da sinalização de hormônios hipotalâmicos relacionados à saciedade, condição socioeconômica, distúrbios na dinâmica familiar, sedentarismo e alta ingestão calórica total. No entanto, os que poderiam explicar esta acentuação do número de menores obesos estão mais relacionados ao estilo de vida e hábitos alimentares. A alta ingestão calórica com alimentos rico em açúcares simples, sal e ricos em gorduras saturadas e com baixa concentração de vitaminas e minerais levam a um balanço energético positivo ultrapassando a necessidade basal diária, que somado com a inatividade física, compõem os dois principais fatores relacionados ao meio ambiente (FREITAS; COELHO; RIBEIRO, 2009).

Evidencia-se uma associação inversa entre a prática de exercícios físicos e o desenvolvimento da obesidade, principalmente em estágios iniciais da vida, configurando como um fator protetor no ganho ponderal. São diversos os benefícios do exercício físico, atuando na melhoria da aptidão cardiorrespiratória e da composição corporal, na prevenção e tratamento da obesidade devido ao aumento do gasto energético, melhoria da pressão arterial, diminuição da resistência à insulina, melhora do desempenho escolar e função executiva, bem-estar psicossocial, entre outros. Em contrapartida, nas últimas décadas, os jovens tornaram-se menos ativos e mais sedentários, provavelmente devido pelos avanços tecnológicos e fatores socioeconômicos (PAES; MARINS; ANDREAZZI, 2015).

A OMS recomenda que crianças e adolescentes de 5 a 17 anos devam fazer, em pelo menos 3 dias da semana, alguma atividade física com intensidade moderada-vigorosa, sendo que a maior parte desse exercício deva ser aeróbica. Além do mais, alertam para o tempo de tela e comportamentos sedentários, visto que são empecilhos para uma vida ativa (CAMARGO; AÑEZ, 2020).

As crianças obesas do hoje são os adultos obesos do amanhã, possibilitando o surgimento de outras doença (FREITAS; COELHO; RIBEIRO, 2009). Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) sugerem que os menores brasileiros possuem um ingesta deficitária em frutas, legumes/verduras e, em contrapartida, apresentam um consumo elevado de alimentos ultraprocessados e industrializados, como embutidos, bebidas com alto teor de açúcares, biscoitos e salgados. Um estudo brasileiro pesquisou os alimentos mais frequentemente encontrados nas lancheiras de crianças, os resultados encontrados foram: aproximadamente 67% com sucos artificialmente adoçados, 51% com bolachas e barras de cereais recheados e, por fim, 35% com alimentos ricos em óleos e gorduras. Desse modo, demonstra-se que o consumo de industrializados é uma realidade mundial e caminha contra as necessidades nutricionais dos menores, oferecendo macronutrientes em excesso e ausência de micronutrientes necessários para um crescimento saudável (DA SILVA *et al.*, 2018).

Grande parte do peso e estatura alcançado na fase adulta é determinado já na adolescência, desse modo, a alimentação balanceada é essencial nessa faixa etária para garantir a quantidade adequada de micro e macronutrientes. A pirâmide alimentar distribui os alimentos em quatro níveis: energéticos, reguladores, construtores e energéticos extras e com oito grupos referente ao nutriente que mais destaca em sua composição. Ela tem o papel de ilustrar a forma correta de se alimentar diariamente com as porções adequadas. O ápice da pirâmide é composto pelos grupos alimentares de açúcares/doce e óleos e gorduras, eles devem ser consumidos com moderação e em menores quantidades comparado com os demais grupos. O nível de verduras/ legumes e de frutas, por serem uma fonte abundante de fibras, vitaminas e minerais, são recomendados o consumo diário de 2 a 3 porções. As quantidades diárias garantem a ingestão suficiente para o desenvolvimento fisiológico e funcionamento celular (DE CASTRO; BRIÃO, 2020).

Assim, este trabalho tem como objetivo identificar precocemente o principal fator de risco para síndrome metabólica infantil, o excesso de peso. Ademais, visa analisar o padrão de hábitos de vida, como alimentação e atividade física, visto que são pilares importantes na etiologia do distúrbio nutricional.

2 OBJETIVOS

O presente trabalho teve como objetivo analisar o padrão de diagnóstico nutricional (desnutrição acentuada, baixo peso, eutrofia, sobrepeso, obesidade ou obesidade grave) por meio de curvas de IMC-para-idade em Z-escore, de alunos em uma determinada escola particular localizada no município de Franca – SP, contemplando a idade de 10 a 16 anos.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, descritiva e exploratória, no qual se realizou um levantamento de dados antropométricos e de hábitos de vida de crianças e adolescentes na faixa etária de 10 a 16 anos matriculados em uma escola privada localizada no município de Franca – SP.

A coleta de dados iniciou-se por meio da parceria com uma instituição de ensino privada, convidando os responsáveis dos alunos a participarem da pesquisa respondendo um breve questionário online, disponibilizado via e-mail ou WhatsApp.

A análise descritiva dos dados será expressa através da ferramenta Excel, com informações oriundas do preenchimento do formulário.

A pesquisa foi realizada em etapas:

1ª etapa – Revisão bibliográfica com elaboração do formulário/questionário online: busca de material teórico pelas plataformas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Cochrane. A partir disso, foi elaborada uma hipótese norteadora para comprovação e síntese de dados. Desse modo, foi construído um formulário baseado em indicações da literatura que contemplassem os fatores (alimentação e sedentarismo) que influenciam diretamente o IMC, no qual está diretamente relacionado com o risco de desenvolvimento precoce de síndrome metabólica.

2ª etapa – Coleta de dados: o recrutamento de dados teve como princípio norteador a parceria com uma escola privada no município de Franca – SP. A partir daí, o questionário online, foi disponibilizado por e-mail ou via WhatsApp para que os responsáveis dos menores matriculados pudessem responder. O universo da amostra será definido de forma aleatória, visto que depende da quantidade de alunos matriculados na escola, bem como da adesão dos responsáveis em contribuir com a pesquisa.

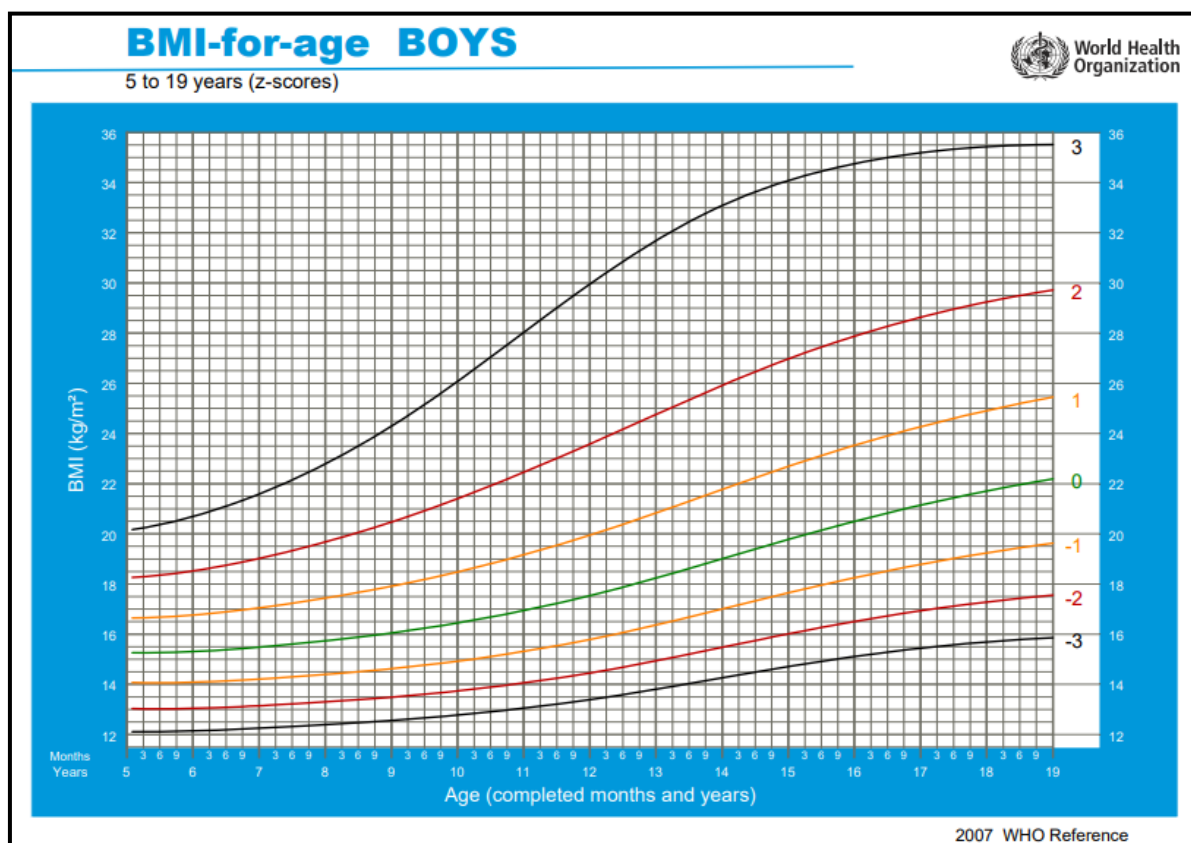
3ª etapa – Análise de dados antropométricos: a partir dos dados coletados quanto ao sexo, idade, altura e peso, será possível calcular o valor do IMC (Figura 1) de cada criança/adolescente. Posteriormente, será colocado na curva de crescimento em Z-score da OMS (Figura 2 e 3), de acordo com o sexo e idade correspondente. Assim, permitindo um diagnóstico nutricional de: desnutrição acentuada, baixo peso, eutrofia, sobrepeso, obesidade ou obesidade grave (Tabela 1). Por fim, evidenciando informações úteis para correlacionar com os hábitos de vida.

Figura 1. Fórmula para o cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC).

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO}}{(\text{ALTURA})^2}$$

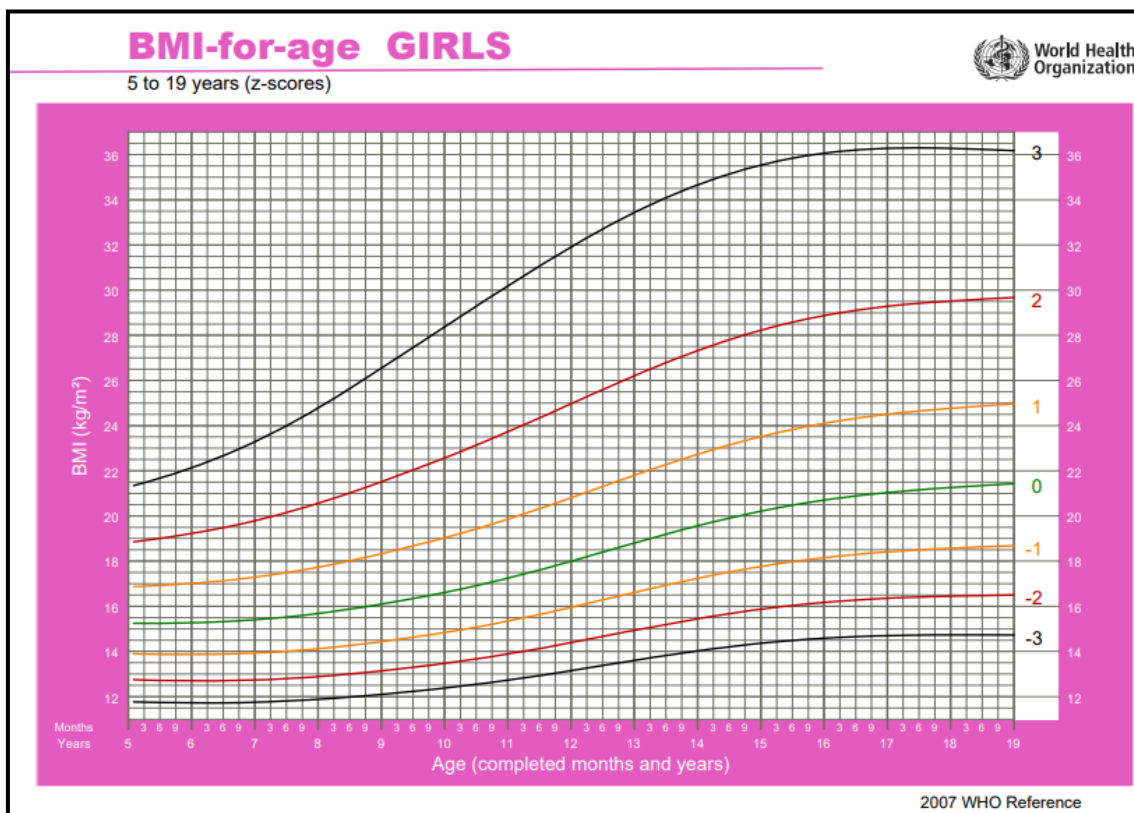
Fonte: autor.

Figura 2. Curva de crescimento - IMC (meninos), 5-19 anos, em Z-escore.



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>).

Figura 3. Curva de crescimento - IMC (meninas), 5-19 anos, em Z-escore.



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>).

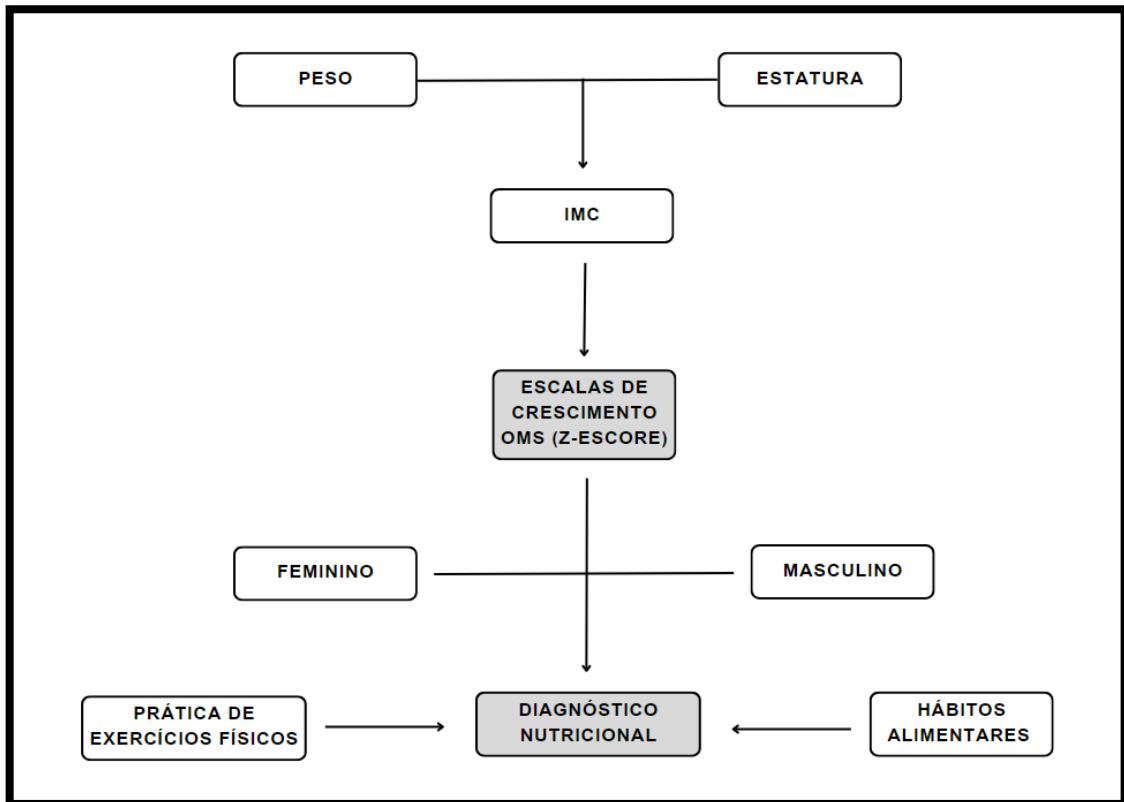
Tabela 1. Valores de referência para diagnóstico do estado nutricional baseado nas curvas de IMC para idade segundo a Organização Mundial de Saúde.

Valores encontrados na criança	Diagnóstico nutricional
< Escore Z -3	Magreza acentuada
≥ Escore Z -3 e < Escore -2	Magreza
≥ Escore Z -2 e < Escore +1	Eutrofia
≥ Escore Z +1 e Escore +2	Sobrepeso
≥ Escore Z +2 e ≤ Escore +3	Obesidade
> Escore z +3	Obesidade grave

Fonte: Organização Mundial de Saúde (OMS).

4ª etapa – Levantamento de dados gerais: a partir das respostas do formulário via Google Forms, a plataforma permite um intercâmbio de dados para a ferramenta Excel, no qual gráficos estatísticos são formulados. Com isso, será possível estabelecer os percentuais das respostas no que diz respeito ao sexo, idade, peso, porções de alimentos ingeridos e frequência da prática de exercícios. Desse modo, será plausível estimar os fatores de riscos presentes dentro da amostra para a síndrome metabólica e possíveis complicações futuras no que tange a saúde e surgimento de doenças.

Figura 4. Fluxograma partindo do ponto inicial da coleta de dados antropométricos até o diagnóstico nutricional. O questionário coleta informações quanto a hábitos de vida que influenciam, de forma direta, o diagnóstico nutricional.



Fonte: autor.

3.1 Questionário

O questionário anônimo elaborado pela plataforma Google Forms é composto primeiramente pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e logo depois dividido em três seções, sendo a primeira sobre dados antropométricos (sexo, idade, peso e altura); a segunda é composta por perguntas quanto a alimentação e porções ingeridas; e por último, perguntas sobre a frequência de prática de exercícios físicos extracurriculares, ou seja, fora de ambiente escolar. O questionário foi construído baseado na literatura bibliográfica, usando como base: “Diretrizes para atividade física e comportamento sedentário:

num piscar de olhos” e o “*Guia de alimentação saudável para adolescentes*” Dessa forma, o questionário usa como princípio o padrão correto de hábito de vida, firmado num viés teórico, e coloca como forma de um experimento exploratório, a verificação se crianças/adolescentes estão esquadrados ou fogem do recomendado.

Todos os dados a respeito do consumo de alimentos e da quantidade de atividade física não levam em conta parâmetros rigorosos para fins estatísticos, como visto nos dados antropométricos para cálculo de IMC e uso de gráficos de crescimento. Desse modo, são uteis como uma forma de elucidar comportamentos e de que forma influencia os diagnósticos nutricionais encontrados.

3.1.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O questionário é composto primeiramente pelo TCLE, com todas as informações do estudo, bem como a identificação do pesquisador e orientador. Logo abaixo, encontra-se a opção de concordar ou não com o termo do projeto. Ressalta-se que o preenchimento dos dados será feito por parte do responsável do menor, dessa forma, cabe a ele concordar ou não.

3.1.2 Dados antropométricos

Dentro das informações antropométricas, o responsável pelo menor preenche os dados referente ao sexo (masculino ou feminino), idade em anos e meses (englobando somente a faixa etária de 10 a 16 anos), peso (em quilogramas) e altura (em metros). Todos esses dados são essenciais para o cálculo do IMC e, posteriormente, preenchimento dos gráficos de crescimento (IMC-para-idade) da OMS.

3.1.3 Dados alimentares

Dentro desse grupo são inseridas as informações quanto aos hábitos alimentares. São acrescentados os valores em porções (nenhuma, uma, duas ou mais) da ingestão de verduras/legumes, frutas e alimentos ultraprocessados/industrializados. Todas essas informações são essenciais para traçar o perfil de estilo de vida da amostra e demonstrar sua correlação com o diagnóstico nutricional.

Considerou-se como porção de hortaliças em geral cerca de 80 gramas do alimento, o que equivale, aproximadamente e didaticamente, a um punho fechado. No que diz respeito as frutas, considerou-se a porção de acordo com o tamanho delas. Em caso de uma fruta pequena e/ou em cacho (ex. uva, morango, acerola, amora etc.) usou-se como parâmetro uma mão em concha equivalente a uma porção; em caso de fruta de tamanho médio (ex. banana, maçã, pêra, kiwi, etc.) usou-se como parâmetro a fruta inteira equivalente a uma porção; em frutas

grandes, usou-se como parâmetro somente um pedaço cortado em fatia, que corresponde aproximadamente à uma porção de 80 gramas (ex. melancia, melão, mamão etc.). Todas essas informações estão resumidas na tabela 2. A ideia principal dessa seção é coletar informações sobre a variedade de frutas consumidas, e não a exata quantificação ingerida, como forma de possibilitar uma elucidação geral quanto aos hábitos alimentares.

Os alimentos industrializados são aqueles que passaram por diversas etapas e técnicas de adição de ingredientes e produtos químicos. Geralmente são caracterizados por conter altos teores de sal, açúcar e gordura trans; alguns exemplos são: os biscoitos recheados, salgadinhos, embutidos, macarrão instantâneo, sorvete, refrigerantes, alimentos enlatados e congelados etc. (ARAGÃO *et al.*, 2019).

Ressalta-se que todas as informações acerca dos alimentos foram explicadas dentro do formulário, para melhor compreensão por parte do responsável que responde pelo menor.

Tabela 2. Equivalência didática dos alimentos em porções que serviram como base para elucidação no preenchimento do formulário.

Alimento	Equivalência em porção
Verduras e legumes	Um punho fechado (em torno de 80 gramas)
Frutas pequenas ou cachos	Mão em concha
Frutas médias	Fruta inteira
Frutas grandes	Um pedaço (em torno de 80 gramas)

Fonte: Guia de alimentação saudável para adolescentes (2020).

3.1.4 Dados quanto a prática de exercícios físicos

Dentro desse grupo são inseridas as informações quanto a frequência de atividades físicas de moderada a vigorosa intensidade, não levando em conta as atividades curriculares, como as aulas de educação física já inseridas na grade.

Atividades de moderada-vigorosa intensidade são aquelas capazes de elevar a frequência cardíaca, deixando a pessoa ofegante, e com isso acentuando seu o gasto energético. Dentre os tipos de exercícios físicos considerados destacam-se qualquer atividade aeróbica, como: esportes (ex. basquete, futebol, vôlei, tênis, natação etc.), brincadeiras, jogos entre amigos, correr, caminhar, pedalar, entre outros.

Não se levou em conta os parâmetro de duração da atividade, visto que a seção não objetiva dados precisos, e sim uma maior compreensão da presença ou não de sedentarismo.

4 RESULTADOS ESPERADOS

A coleta de dados ainda está em andamento, pois foi necessário realizar alterações no questionário online sugerido na devolutiva do relatório parcial. Ademais, as burocracias quanto a permissão para a pesquisa na instituição escolar atrasou o início da coleta.

Com a pesquisa, espera-se encontrar uma grande quantidade de crianças/jovens eutróficas (Z-escore entre -2 e +1), porém também uma quantidade considerável de Z-escore acima de 1, podendo evidenciar sobrepeso (caso Z-escore entre +1 e +2) ou obesidade (Z-escore entre +2 e +3).

Dentro do parâmetro dos hábitos alimentares, espera-se encontrar um déficit alimentar. O consumo de verduras/legumes deve estar abaixo do recomendado para idade, ou seja, abaixo do ideal de 2 a 3 porções por dia. Também se espera um consumo inadequado de frutas, sendo também o ideal de 2 a 3 porções por dia. Aliado a isso, espera-se uma quantidade aumentada no consumo de alimentos ultraprocessados/industrializados (mais que duas vezes por dia). Evidenciando, desse modo, uma ingesta aumentada de açúcares, sódio, conservantes, gorduras, entre outros. Padrão este que foge dos hábitos alimentares recomendado na literatura para um desenvolvimento saudável com todos micro e macronutrientes necessários.

No âmbito da prática de exercícios físicos, espera-se encontrar um sedentarismo relativo, com nenhuma ou frequência de exercícios abaixo de três vezes por semana. Ressalta-se que a OMS recomenda para crianças e adolescentes na faixa etária de 5 a 17 anos pelo menos três dias da semana atividades aeróbicas de moderada a vigorosa intensidade como forma de garantir o fortalecimento de ossos e músculos, bem como para o aumento da qualidade de vida atual e futura.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, Ana Paula et al. Obesidade na infância e adolescência: Manual de Orientação, 2019.

CAMARGO, Edina; AÑEZ, Ciro. Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário: num piscar de olhos, 2020.

MELO, M. C.; OLIVEIRA, G. S. D.; SILVA, A. E. A. D.; SILVA, D. S. P. da; AZEVEDO, T. K. B. de. Crianças Pré-Escolares: uma revisão sobre o consumo de alimentos industrializados. REVISTA HUMANO SER, [S. l.], v. 3, n. 1, 2019.

DAMIANI, Durval et al. Síndrome metabólica em crianças e adolescentes: dúvidas na terminologia, mas não nos riscos cardiometabólicos, p. 577-578, 2011.

DE CASTRO, L. F.; BRIÃO, G. F. Guia de alimentação saudável para adolescentes, 2020.

DE ONIS, Mercedes. Prevenção do sobrepeso e da obesidade infantil. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

D'SOUZA-LI, Lília. Síndrome metabólica e obesidade: é melhor prevenir desde a infância. ComCiência, Campinas, n. 109, 2009.

SSP – Sociedade de Pediatria de São Paulo. Enfrentando a obesidade. 2019. Atualize-se, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 5-6, 2019.

SILVA, ANDREA SOUZA; COELHO, Simone Côrtes. Obesidade infantil: influência de hábitos alimentares inadequados. Saúde & Ambiente em Revista, v. 4, n. 2, p. 9-14, 2009.

MARQUES, M. V.; BEZERRA, K. C.; SOUZA, G. D. Influência do consumo de alimentos industrializados no sobrepeso e na obesidade infantil: uma revisão, 2020.

MELLO, Elza; LUFT, Vivian; MEYER, Flavia. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes?. Jornal de Pediatria, [S. l.], v.80, n.3, p. 173-177, 2004.

NEVES, Simone et al. Os fatores de risco envolvidos na obesidade no adolescente: uma revisão integrativa, 2020.

OLIVEIRA, Mariane et al. Acurácia das curvas internacionais de crescimento na avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes: uma revisão sistemática, São Paulo, 2021.

PENALVA, D. Q. F. Síndrome metabólica: diagnóstico e tratamento. Revista de Medicina, [S. l.], v. 87, n. 4, p. 245-250, 2008.

RAMOS-SILVA, V.; SILVA, J. P. D.; MARANHÃO, H. D. S. Obesidade na infância e adolescência: Manual de Orientação, p. 13-19, 2019.

SOUZA, L. F. R. D. Síndrome metabólica na adolescência. Atualização de Condutas em Pediatria nº 46, p. 2-5, 2007.

ZEFERINO, A. M. B. et al. Acompanhamento do crescimento. Jornal de Pediatria, Campinas, v. 79, 2003.

Apêndice A – Questionário

IC - Saúde infanto-juvenil

- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE):

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“DÉFICIT NA ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA INFANTO-JUVENIL: SUA REPERCUSSÃO NO SOBREPESO/OBESIDADE E AUMENTO DO RISCO DE SÍNDROME METABÓLICA”**, desenvolvido por **Guilherme da Cunha Ferreira**, graduando de Medicina do Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF), orientado pela docente da Instituição, **Profa. Dra. Viviane Rodrigues Esperandim Sampaio**. O objetivo do trabalho é analisar dados antropométricos e hábitos de vida, como a dieta e a prática de exercícios físicos, como forma de identificar o padrão de diagnóstico nutricional em crianças/jovens de 10 a 16 anos de escolas do município Franca - SP. Tem como benefício a identificação precoce dos fatores de risco para síndrome metabólica infantil, no qual viabiliza a possibilidade de intervenção por parte da saúde pública. Os riscos dentro do estudo são mínimos, uma vez que os dados serão coletados através de questionário online em anonimato.

Ao concordar com o termo você, responsável pelo menor, estará ciente de que este material será utilizado para apresentação de Trabalho de Iniciação Científica e que a identidade, dados e diagnósticos do menor serão mantidos em sigilo absoluto sob responsabilidade do pesquisador, estando o mesmo sujeito às penas previstas na Lei brasileira. Ademais, estará informado de que terá o direito de interromper o estudo e/ou retirar seu consentimento a qualquer momento durante o desenvolvimento da pesquisa. Sua participação é livre e não implica quaisquer tipos de recebimento de remuneração ou pagamento.

Eu, responsável pelo menor, confirmo a veracidade dos dados fornecidos, bem como concordo com o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO supracitado. *

- Estou ciente e concordo em participar
- Não concordo em participar

Qual o sexo do menor? *

- Masculino
- Feminino

Qual a idade do menor em anos? *

10

11

12

13

14

15

16

Qual a idade do menor em meses* completos? *

*Exemplo: 10 anos e 8 meses. Colocar resposta em meses, não necessita do ano completo aqui.

Texto de resposta curta

Qual o peso (kg) do menor? *

Texto de resposta curta

Qual a altura (metros) do menor? *

Texto de resposta curta

Quantas porções* por dia de verduras/legumes são ingeridas pelo menor? *

*Uma porção considera-se o equivalente a um punho fechado (em torno de 80 gramas).

- Nenhuma
- 1 porção por dia
- 2 ou mais porções por dia

⋮

Quantas frutas* por dia são ingeridas pelo menor? *

*Em caso de frutas pequenas considera-se uma porção de mão em concha. Em frutas médias uma porção equivale a fruta inteira. Em frutas grandes considera-se uma fatia em torno de 80 gramas.

- Nenhuma
- 1 fruta por dia
- 2 ou mais frutas por dia

⋮

Quanto de alimentos industrializados/ultraprocessados* são consumidos por dia pelo menor? *

*Considera-se aqui: biscoitos recheados, salgadinhos, embutidos, macarrão instantâneo, sorvete, refrigerantes, alimentos enlatados e congelados, etc.

- Nenhuma
- 1 vez por dia
- 2 ou mais vezes por dia

Quantas vezes por semana o menor pratica algum tipo de exercício físico*, além das aulas de educação física na escola? (considerando atividades de moderada-vigorosa** intensidade)

*Estão inclusos: esportes em geral, caminhada, corrida, brincadeiras, jogos entre amigos, pedalar, etc.

**Atividades de moderada-vigorosa intensidade são aquelas capazes de elevar a frequência cardíaca, deixando ofegante.

- Nenhuma
- Menos de 3 vezes por semana
- Mais de 3 vezes por semana

Fonte: autor.

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE EM UMA COMUNIDADE RURAL: pesquisa-intervenção com foco na promoção de saúde e tecnologias de qualidade de vida

Maria Fernanda dos Reis Queiroz
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF
m.fernandareisq@gmail.com

Daniela de Figueiredo Ribeiro
Professora Doutora em Psicologia – Uni-FACEF
danifiribeiro@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

A participação social é, de acordo com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (2016), uma das principais diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS), que foram alcançadas pela luta daqueles que atuam em defesa do direito à saúde. A partir disso, é preciso questionar qual o tipo de saúde está sendo oferecida à população e se está ligada à forma tradicional de se pensar saúde como Prevenção de Doenças. Isto porquê, segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) de 2021, por mais que Prevenção de Doenças e Promoção de Saúde sejam tomados como sinônimos pelo senso comum, há diferenças.

Sendo assim, enquanto o objetivo da Prevenção de Doenças é evitar ou prevenir surgimento de doenças, na Promoção da Saúde o objetivo é de “promover o bem-estar geral por meio da transformação das condições de saúde” (BRASIL, 2021, p.13). Além disso, o papel do sujeito em ambos os casos também difere. Na Prevenção o indivíduo é receptivo e na Promoção o sujeito é participativo, fazendo com que se torne agente de mudança na busca da construção por saúde. O próprio significado dos termos difere, pois, prevenção é chegar antes e impedir que se realize, já na promoção é fomentar, impulsionar e gerar.

Existem outras características presentes na tabela de comparação (BRASIL, 2021, p.13), como a operacionalização, que na Prevenção de Doenças é tida como ação pontual e unilateral, e na Promoção é uma ação multiestratégica e intersetorial. As expressões clássicas ligadas à Prevenção de Doença são: prevenir é o melhor remédio, faça sua parte, procure uma unidade básica de saúde e mexa-se; diferente da Promoção de Saúde, cujas expressões são: construção de modos de vida, qualidade de vida, desenvolvimento, equidade e sustentabilidade. Enquanto o marco conceitual da Prevenção é o histórico natural das doenças, para a Promoção são as Determinações Sociais da Saúde.

Assim, como todo processo de construção social, a saúde não deixa de ser um modo de organização da produção, como do trabalho e da sociedade, de acordo com o contexto histórico. Decorre que a construção do modelo de saúde nos últimos anos veio sendo arquitetado de maneira fragmentada, fazendo da saúde responsabilidade e alcance individual, potencializando a lógica individualista e reducionista da saúde. Além disso, vem sendo ignorado o meio em que o sujeito, ou grupo, habitam, pois, o meio desempenha um papel primordial em sua determinação de saúde (BRASIL, 2010).

Por esta razão, a saúde humana precisa de um olhar, análise e prática interdisciplinar a respeito da forma como existe a organização social, a estrutura econômica, entendendo que a partir disso surja a produção da saúde e da doença. Portanto, a Determinação Social da Saúde (DSS) se desvincula da saúde arraigada ao modelo biomédico, a individualização do sofrimento e sua responsabilidade. Pois, a saúde é coletiva e se dá pelo seu meio externo, segundo a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Portanto, o desemprego, educação, tratamento de água, ambiente de trabalho, por exemplo, são fatores de influenciam a saúde do sujeito.

Situado teoricamente na compreensão da Determinação Social da Saúde, o objetivo do presente trabalho é realizar uma pesquisa-intervenção com participação popular, em uma comunidade rural – chamada Vila Primavera, com vistas à compreensão do trabalho como Determinação Sociais da Saúde e à promoção de qualidade de vida. Especificamente, busca-se mapear as práticas e visões de saúde, além de aprofundar as discussões sobre o modo de vida, contexto sociocultural e determinantes territoriais vivenciados pela população e, também, utilizar novas tecnologias interventivas experimentadas junto à população para reflexão acerca do mundo do trabalho.

O procedimento metodológico desta pesquisa-intervenção é dividido em três etapas e assenta-se na perspectiva da decolonialidade. A primeira etapa consiste em um Mapeamento Cartográfico, para que de forma vivencial e junto com o outro no território, possa-se compreender o trabalho, com confecção de diários de cartográficos. A partir desse modo de habitar o campo, será estruturada a segunda etapa. Esta diz respeito a um Sociodrama Temático, que será realizado no território com qualquer adulto que queira participar. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (2016, p.99), do Ministério da Saúde, defende o Sociodrama como uma das metodologias participativas a serem realizadas para gerar um processo de aprendizagem libertador e possibilitando a criação saudável.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010) enfoca o crescente uso de tecnologias em todas as atividades humanas, tendo como uma de suas principais Estratégias de Implementação o ponto IX, que incentiva o apoio de ações de promoções de saúde inovadoras utilizando diferentes recursos, tais como “jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestações” (BRASIL, 2010, p.21).

A III Diretriz apresentada pela Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010) incentiva o fortalecimento da participação social na consecução de resultados de promoção da saúde, além de evidenciar a valorização dos espaços públicos de convivência para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde ligadas, assim, à promoção de qualidade de vida, é o Objetivo Geral da mesma Política Nacional (BRASIL, 2010).

2 DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

No ano de 2006 foi criada no Brasil uma Comissão destinada aos Determinantes Sociais da Saúde, intitulada como Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), com a finalidade de compreender os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) sendo “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que interferem na condição de saúde” (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007, p.116 apud SILVA; BICUDO, 2022, p. 116). Buscou-se desvincular o discurso de saúde do discurso de ausência de doença, porque as condições ambientais ou sanitárias de um determinado lugar, por exemplo, podem acarretar riscos à qualidade de vida da população – mostrando que não é da ordem do sujeito o impasse, mas de uma responsabilidade estrutural e coletiva. São partes da Determinação Social da Saúde, segundo a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2006, p.2), características

[...] socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade que influenciam as condições de vida e trabalho de todos os seus integrantes. Habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e de educação, e também a trama de redes sociais e comunitárias são exemplos de determinantes sociais. Os estilos de vida individuais, como hábito de fumar, praticar exercícios e adotar dieta saudável, estão, em parte, também condicionados por DSS como renda, padrões culturais e mensagens publicitárias, entre outros.

Desde a Carta de Ottawa, como já mencionada, para que se alcance o “bem-estar global”, a Promoção da Saúde e os Determinantes Sociais da Saúde precisam estar articulados, pois isso fornece uma compreensão e enfrentamento das disparidades em saúde de maneira ampliada. Essa aproximação aponta, ainda, o grau da qualidade de vida dos indivíduos de um determinado território (DURAND; HEIDEMAN, 2018).

Observa-se que é posto um olhar ampliado sobre o que se refere a viver dignamente, visto que o sujeito não vive de forma isolada e é afetado pela maneira como as estruturas se colocam, superando assim o olhar apenas do profissional da saúde, muitas vezes ingênuo quanto à dimensão da dinâmica social humana. Tal conceito, segundo Durand e Heideman (2018, p. 5) “vincula-se à promoção de saúde”.

Ademais, a Comissão Nacional enfoca ainda os DSS (Determinantes Sociais da Saúde) como sendo de caráter coletivo e individual, sendo a condição da vida cotidiana do sujeito no território, sendo

Criada por Decreto Presidencial, em março de 2006, e é composta por dezesseis especialistas e personalidades da vida social, econômica, cultural e científica do país. Sua criação e composição expressam o reconhecimento de que a saúde é um bem público, a ser construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira (CNDSS, 2006, p.2).

É de responsabilidade desta Comissão que desenvolvam práticas e ações a partir das linhas de Produção e Disseminação de Conhecimento e Informação; Políticas e Programas; Mobilização da Sociedade Civil; Comunicação e Cooperação Internacional (CNDSS, 2006).

Os DSS referem-se à mediação que envolve tanto a realidade multifacetada quanto a totalidade social, considerando um campo amplo onde se produz os processos de saúde-doença (BROCH et al, 2020). A Promoção da Saúde é realizada, segundo a Política Pública (BRASIL, 2010) no entrelaçamento do sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, visando o rompimento com a interpretação fragmentada na abordagem do processo saúde e adoecimento.

Há diversas formas de esquematizar a “trama de relações entre os diversos fatores estudados através desses diversos enfoques” (BUSS; FILHO, 2007, p.7) em relação ao que se entende pela Determinação Social da Saúde (DSS). Dentre eles, o mais conhecido: modelo de Dahlgren e Whitehe.

Este modelo – de Dahlgren e Whitehead, possui diferentes camadas em relação aos DSS, fazendo com o que haja os determinantes individuais e também os macrodeterminantes. Apesar da facilidade da visualização gráfica dos DSS e sua distribuição em camadas (BUSS; FILHO, 2007) o modelo não possui a finalidade explicar com detalhes as relações e mediações entre eles. Na base do modelo - suas características individuais, consta a “idade, sexo e fatores genéticos, os quais exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde” (BUSS; FILHO, 2007, p. 7). A camada acima desta está o comportamento e os estilos de vida dos indivíduos. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS

[...] já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais - como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc (BUSS; FILHO, 2007, p.7).

A partir desta camada, destaca-se outra que está sob influência das Redes Sociais, Comunitárias e de Apoio “cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que [...] é de fundamental importância para a saúde da

sociedade como um todo” (BUSS; FILHO, 2007, p.8). A próxima camada diz respeito aos fatores relacionados a Condições de Vida e de Trabalho, os quais possuem vinculação com os DSS: Ambiente de Trabalho; Educação; Produção Agrícola e de Alimentos; Desemprego; Água e Esgoto; Serviços Sociais de Saúde e Habitação. No último nível estão situados os macrodeterminantes. Os quais estão relacionados às Condições Socioeconômicas, Culturais e ambientes gerais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas (BUSS; FILHO, 2007, p.8).

Em razão da busca por vida digna e saudável, no ano de 2015, enquanto ocorria a Cúpula da ONU (Organização das Nações Unidas), adotou-se uma agenda mundial sobre o Desenvolvimento Sustentável composta por dezessete países – incluindo o Brasil, para se cumprir até o ano de 2030. Dentre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), destaca-se aquele relativo a “Saúde e Bem-Estar”, afirmando a importância de se discutir a saúde interligada ao Bem-Estar, pois este possui um caráter global (BRASIL, 2021). Uma das metas expostas, por exemplo, para se alcançar até 2030 é de haver “redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde” (BRASIL, 2021).

Observa-se que a qualidade de vida do sujeito está vinculada ao modelo de produção social, ou seja, aos pilares: cultura, política, sociedade e ambiente, que se articulam para caracterizarem os Determinantes Sociais, os quais fazem parte da vida cotidiana do indivíduo. Assim, desvincular a concepção apenas médica de saúde, significa buscar a qualidade de vida enfocada pelos ODS (Objetivos do Desenvolvimento Sustentável) e pela Política Nacional de Promoção de Saúde do Ministério da Saúde.

3 DECOLONIALIDADE

A atual pesquisa afirma a decolonialidade como referencial teórico-filosófico, que é compreendida (MALDONADO TORRES, 2018; QUIJANO, 1991 apud NASCIMENTO, 2021) como uma prática de descortinar a relação sombria entre o projeto colonial e a própria modernidade. Isto porquê os estudos decoloniais admitem como referência o pressuposto de que o colonialismo, enquanto um sistema e processo histórico, não se dá apenas pelos meios econômicos e políticos (NASCIMENTO, 2021), mas também pelo que esses processos ecoam como marcas

Colonialismo compreende uma relação de dominação direta, política, social e cultural dos europeus sobre os povos conquistados de todos os continentes, caracterizando-se, portanto, como um fenômeno datado. A colonialidade, de outro modo, mas por continuidade, se refere ao entendimento de que o fim dos empreendimentos coloniais não compreendeu o fim da dominação colonial. A colonialidade, nesse sentido, nos dirá o autor, é uma espécie de continuação desta dominação, mesmo após superado o pacto colonial (QUIJANO, 1991 apud NASCIMENTO, 2021, p.2).

O pensamento e prática de desconstrução decolonial, surgiu como um movimento contra o próprio crivo de fundação da modernidade. Sendo assim, indo ao encontro dos “conceitos e perspectivas impostas aos povos colonizados há séculos” (NASCIMENTO, 2021, p.2). A luta decolonial começou a ganhar corpo na América Latina em função da resistência indígena e afro-caribenho. Na Ásia e África em associação ao movimento contra o imperialismo britânico e francês (NASCIMENTO, 2021).

O que mantinha o sistema de colonização e o que, principalmente, a tornava legítima era o fato de que, aos olhos europeus, tudo o que não fazia parte do continente do homem branco seria “uma sociedade inquietante [...] são homens sem lei, sem fé e sem rei” (NOVAES, 1999, p. 7), fazendo com que tudo fosse em razão de uma “salvação”, pois os consideravam povos inferiores e que precisavam se desenvolver.

O encontro - não o descobrimento, do homem branco com os nativos não se deu por uma entrada dos gestos, signos ou símbolos que permitem analisar o sentido da cultura, dos mitos e das palavras dos indígenas. É pela violência, agressão, morte (NOVAES, 1999). A historiografia desenhou isso como o bom e o mau selvagem, os indígenas sendo vistos como “violentos, canibais, sem história, sem memória e sem forma de organização política” (NOVAES, 1999, p. 10)

O “olhar” decolonial questiona o projeto moderno, eurocêntrico e ocidentalizado de ciência, jogando uma lente de denúncia sobre as bases discriminatórias sobre as quais se apoia a noção moderna de ciência. [...] não somente posiciona o colonizado na condição de sujeito cognoscente [...] quanto questiona os pressupostos ontológicos e epistemológicos que historicamente orientaram e determinaram a nossa produção e aquisição de conhecimento (KILOMBA, 2016 apud NASCIMENTO, 2021, p.3).

A decolonialidade pressupõe, conseqüentemente, o “giro decolonial”, o qual se refere ao ato de libertar o pensamento e ao ato de se “desprender da camisa de força” para outras formas de vida fora da naturalização da ilusão que é a modernidade e seu lado mais sombrio (MIGNOLO, 2016 apud OLIVEIRA; LUCINI, 2020, p.3). O giro decolonial tem relação, ainda, com a atitude decolonial, sendo a consciência que o sujeito tem em relação a sua realidade e as suas possibilidades (MALDONADO-TORRES, 2008 apud OLIVEIRA; LUCIN, 2020), tornando-se essencial para a decolonização.

A partir disso, pensar a decolonialidade como instrumento de investigação, faz com o que se pense primeiro, de acordo com Dulci e Malheiros (2021), as demandas locais do território pensadas junto com a população, não utilizando premissas pré-determinadas antes dos Encontros no campo de pesquisa. O objeto de estudo decolonial é uma construção entre pesquisador e pesquisado, vivenciada no coletivo. A valorização do território e dos participantes como sujeitos de saberes faz com que o estudo seja “com” alguém e não “sobre” alguém.

Ribeiro (2023, p.4), argumenta a teoria e prática decolonial como

Formação humana que capacita os grupos para a luta contra a lógica opressiva da modernidade, tendo como horizonte a formação de um ser humano e de uma sociedade livre, amorosa, justa e solidária. O objetivo é provocar fissuras na ordem colonial e dar sustento a um modo distinto, inteiramente outro de estar no e com o mundo.

Ainda de acordo com Ribeiro (2023), as pesquisas que assumem a postura decolonial como aporte teórico e metodológico, se revelam como ato de alteridade, o que implica num encontro dialógico com o Outro. Os pesquisadores precisam se perguntar se querem “colonizar ou dialogar (co-criar o novo a partir da escuta das vozes subalternizadas?)” (RIBEIRO, 2023, p.4).

A decolonialidade como pressuposto na pesquisa é justificada pela interculturalidade na relação entre pesquisador e pesquisado

[...] a partir das experiências conjuntas, de onde as necessidades (problemas de pesquisa) se apresentam. Os participantes ensinam e deslocam os pesquisadores para fora do espaço da colonialidade do saber, e busca-se uma relação equitativa entre lógicas e práticas de pensar, atuar, viver que se revelam em processos de troca, diálogo e Encontro (RIBEIRO, 2023, p.4).

A colonialidade do saber foi fundamentada pelo sociólogo peruano Aníbal Quijano (2005), que se fundamenta no eurocentrismo. Uma vez que este não admite a coexistência de vários outros saberes, culturas, modos de vida que não sejam ocidentais, aliando-se, portanto, a “artifícios que reprimem as epistemes ‘outras’, como a invisibilização, negação, folclorização, ou seja, a estereotipação dos saberes de outros povos” (OLIVEIRA; LUCINI, 2020, p.7).

4 MAPEAMENTO CARTOGRÁFICO

O mapeamento do território – modo de inserção no campo, é a primeira etapa concebida na metodologia desta pesquisa-intervenção. A cartografia possui sua proposta ontológica criada pelos filósofos e pensadores pós-estruturalistas Gilles Deleuze e Félix Guattari. De acordo com Cavagnoli e Maheirie (2020), tal metodologia possibilita os processos dialógicos envolvendo tanto os pesquisadores quanto os pesquisados na intervenção singular, potencializando a ética dos encontros. Portanto, segundo os autores,

Os dispositivos cartográficos oferecem vias consistentes à elaboração de experiências relacionais que sustentam, caso a caso, um plano compartilhado de afecções, com o objetivo de dar vazão a movimentos de subjetivação criadores, problematizadores e transformadores da realidade na potência do coletivo (CAVAGNOLI E MAHEIRIE, 2020, p.64).

O habitar um território pelos princípios cartográficos, faz com o que toda investigação feita “não possa ser considerada [...] como desencarnada ou como exercício de abstração sobre a realidade” (ALVAREZ; PASSOS, 2012, p. 131). Isto porquê uma das pistas do método cartográfico apontada por Alvarez e Passos (2012) é justamente a maneira como se habita o território, pois precisa fazer o mergulho no plano da experiência.

O aprendiz-cartógrafo, chega ao território “inseguro por não conhecer o campo que encontra” (ALVAREZ; PASSOS, 2012, p. 147), e a partir disso entender que as “regras prévias”, idealizadas antes da chegada ao campo, não garantem nada. Afinal, não tem como o processo de habitação ser senão encarnado na realidade, na situação vivenciada com o outro. É justamente no encontro no espaço do campo que se treina a paciência e atenção aos acontecimentos (ALVAREZ; PASSOS, 2012).

A partir do mapeamento vivenciado com a população do território é que se faz a colheita de dados – produção de realidade investigada. Para que então possa se pensar a intervenção, e não chegar com as ferramentas e crenças formadas, mas disposta a construir e pesquisar com o outro

Ao invés de encontra-los, os aprendizes-cartógrafos agenciam-se a eles, incluindo-se em sua paisagem, acompanhando os seus ritmos [...]. Os aprendizes-cartógrafos estão interessados em agir de acordo com esses diversos eventos, atentos às suas diferenças. O pesquisador se coloca numa posição de atenção ao acontecimento. Ao invés de ir a campo atento ao que se propôs procurar, guiado por toda uma estrutura de perguntas e questões prévias, o aprendiz [...] se lança no campo numa atenção espreita (ALVAREZ; PASSOS, 2012, p.143).

Sendo assim, se estabelece a relação entre pesquisador-pesquisado-contexto, como primeiro contato, ou primeira etapa de uma pesquisa intervenção. Além disso, para além da atenção necessária para o mergulho cartográfico, há a confecção de diários cartográficos a cada dia de vivência.

Ademais, Kastrup e Passos (2013), apontam que para validar qualquer pesquisa que utiliza como metodologia a cartográfica, há de se seguir três indicadores. Além disso, propõem ainda que tal validação seja realizada em três níveis “a autoavaliação realizada pelo próprio pesquisador, a avaliação pelos participantes da pesquisa e a avaliação por pares” (KASTRUP; PASSOS, 2013, p.1). Os autores apontam que neste modelo de pesquisa, a intervenção a partir da realidade faz com o que haja, constantemente, uma redefinição do sentido atribuído ao processo de coleta de dados, preferindo então o termo “colheita”. Esta, por sua vez, está ligada ao caráter de produção do conhecimento, e não simplesmente representação do que está posto - a pesquisa colhe dados “porque não só descreve, mas sobretudo acompanha, processos de produção da realidade investigada” (KASTRUP; PASSOS, 2013, p.5).

O primeiro indicador da validação é o de “Acesso à experiência”, que visa falar de dentro da experiência e não da experiência, ou seja, narrar sobre o que “nos atravessa” (KASTRUP; PASSOS, 2013, p.12). Nesta etapa, no lugar do controle sobre a forma como se deve manejar o processo, o importante é cultivar a forma como o contato acontece. Já o segundo indicador, que diz respeito a “Consistência cartográfica”, orienta sobre a importância de avaliar os agenciamentos promovidos pelo processo de pesquisa, pois

“ao fazermos uma pesquisa efetuamos a comparação e buscamos ressonâncias entre si dos dados colhidos pela pesquisa, e não comparamos

os construtos com uma suposta realidade externa” (KASTRUP; PASSOS, 2013 p.15).

Por último, o terceiro indicador “Pesquisa-intervenção e a produção de efeito”, indica os três níveis já citados: autoavaliação, avaliação dos participantes e, por fim, da avaliação por pares. Esta, por sua vez, está relacionada com o processo construído ao longo da pesquisa, e não havendo um único produto apenas ao final. Por esta razão, a validação ocorre ao longo na narrativa escrita e vivenciada.

5 RESULTADOS PARCIAIS E DISCUSSÃO

A partir do mergulho no território, foram confeccionados diários cartográficos. Estes, acabaram por virarem cartas – duas cartas, como narrativa sensível capaz de afetar, atrair o envolvimento experienciar. A primeira carta é um Convite e, a segunda, é De Dentro. Por essa razão, serão apresentados trechos destas cartas e discussão logo após.

“Contar a experiência do território está muito além, meu companheiro de viagem, de falar restritamente destes três dias, pois a ansiedade começa muito antes. Entre sedução que a cartografia causa e o apavoramento que ela também causa, reina a emoção e o arrepio de mergulhar na geografia dos afetos”.

Fazer um convite para adentrar na narrativa do pesquisador é delicado, pois falar sobre a experiência para outro que irá ler potencializa ou não a riqueza da vivência, assim como menciona Kastrup e Passos (2013). Isto porquê a experiência do mapeamento cartográfico permite com o que a pesquisa seja feita de forma processual e de produção contínua, envolvendo não apenas o pesquisado, mas o interesse do pesquisador e o contexto local.

Durante os dias que passei no território, um dos pilares mais importantes era sobre o que eles mais faziam: trabalhar.

“É o que eu faço, o que tem para fazer. Não posso ficar sem”.

A partir de falas como estas, o trabalho se mostrou como a Determinação Social da Saúde (DSS) que mais ecoa entre as pessoas que vivem na Vila. Tendo como opção de trabalho

“A laranja, a pousada e os que cuidam do rancho lá no Estreito”.

“A laranja quer que eu volto pra lá. Mas não sei se volto não”.

“Hoje mesmo fui fazer um bico na plantação lá nas mandiocas”.

“Ou você trabalha com o que tem, ou você precisa ir embora. E não tem como largar isso aqui não”.

Ouvindo e pensando sobre falas como estas e, à luz dos DSS, o trabalho demonstra ser um fenômeno paradoxal nas narrativas ouvidas, ao mesmo tempo que parecia ser árduo, havia uma gratidão em falar deles. Isto é, há uma identificação e realização por trabalhar, pelo trabalho desempenhar uma discrepância entre os que trabalham e os que não trabalham. Um dos moradores relatou:

“Os que não trabalham ficam aí dando trabalho. Pedindo e gastando com droga depois. Esses não adiantam. Tá ficando perigoso”.

A partir disto, o trabalho segundo Foucault (1987), exerce um papel de disciplinar os sujeitos. Com finalidade de domesticação para que se alcance a submissão dos corpos. No entanto, o autor ainda chama atenção para o fato de não ser necessariamente pela força que se aplica a dominação do trabalho, mas por uma “tecnologia política do corpo” (FOUCAULT, 1987, p.29), que está relacionada a um instrumento de varias facetas que influencia o sujeito além do material a continuar nesta lógica produtiva do trabalho.

Além do mais, o trabalho desempenha mais do que uma função social para o funcionamento da vida, exercer um valor e uma noção de identidade (SANTOS, 2013). Por essa razão, é importante pensar o trabalho como um fenômeno que possui valor social quando “produz” algo, ou seja, quando está atrelado a um retorno. Fazendo com o que tudo aquilo que seja exercido de forma trabalhosa, sem retorno financeiro, não seja tido como trabalho, afinal, não está produzindo nada.

Sendo assim, a partir da fala deste morador, o trabalho - além de ser fundamental para o sustento, possui valor enquanto sujeitos “do bem”, ou seja, que não fazem mal a ninguém. Ademais, refletir a noção do trabalho na contemporaneidade, faz com o que o enxergue na esteira da produtividade, indo de encontro a outros modelos de trabalho, com a lógica da solidariedade mecânica (VARES, 2013) pautada da cooperatividade e coletiva do trabalho, como a dos povos indígenas.

E quando falavam do trabalho, contavam como eram as realidades lá vividas

“Ele nos contou, querido leitor, que as condições que os trabalhadores se expõem no trabalho não são fáceis. Ainda mais quando há toxinas na plantação, pois relatou

que ele mesmo já ficou muito doente por causa disso. Mas logo teve que se recuperar e voltar”

“Eu estava na porta da UBS e o patrão trouxe a funcionária que acabara de passar mal”

“Muitas dores na perna indo e voltando da casa do patrão lá nos ranchos”

Pensar no que possibilita um ambiente de trabalho ser prazeroso, e que promova qualidade de vida, está além de pensar que apenas por ter o trabalho já está tudo resolvido. O ambiente de trabalho é, por sua vez, uma das especificidades das DSS relacionado ao trabalho. Sem dúvida alguma, a partir dos relatos e maneira como a voz de cada trabalhador perpetuava, ao falarem como era dentro desses ambientes, ficam calmas e vidravam os olhos para relatar.

No entanto, os trabalhos que eles exercem raramente são individuais, são sempre trabalhos grupais, seja na plantação de laranja, seja com outros funcionários em casas de rancho ou pousada. Sendo assim, há uma necessidade do grupo se constituir e representar enquanto sujeito de um território. Muitos se conhecem, se mostrando cordiais

“Perguntei onde ela morava, me explicou que na casa azul perto do mercado. Quando cheguei no mercado, havia umas três casas de cor azul. Fui até o mercado e perguntei se sabiam onde essa senhora morava, a mulher fez questão de me levar até a casa dela”

“Falei para a senhora que estava indo visitar outra senhora, e ela me respondeu: Mas agora ela está trabalhando, ela só chegar depois das 17h. Você não está falando da irmã dela?”.

“Essas hortinhas ficam do lado de fora porque não cabe dentro de casa. Mas quem quiser pegar, se estiver precisando, é só pedir e pegar”.

Isso demonstra a relação cooperativa que há. Segundo Silva, Binotto e Vilpoux (2016), a cooperação é entendida como um processo social que possui a interação humana e a construção das relações, como sendo pilares fundamentais para o desenvolvimento cooperativo. Além disso, a integração coletiva aparece como uma consciência social de cuidado entre esses moradores, tornando essa lógica potência no local. Indo de encontro, por exemplo, a rigidez da lógica individualista capitalista.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo como objetivo geral da pesquisa-intervenção uma prática participativa, em uma comunidade rural – chamada Vila Primavera, com vistas à compreensão da Determinação Sociais da Saúde vivenciados no local para a promoção de qualidade de vida, pode se dizer que esse passo só foi possível de ser alcançado graças ao mapeamento cartográfico e, principalmente, a utilização da decolonialidade como instrumento prático.

Até o momento foi realizada a primeira etapa da pesquisa, tendo sido identificado o trabalho como um dos Determinantes Sociais da Saúde que mais apareceram durante o processo cartográfico. Se trata de um fenômeno em comum para todos, o fato de que sentem satisfação em falar que trabalham, mesmo tendo pouca opção de lugares e ambientes não salutares.

Ter a Determinação Social da Saúde como uma problematização para se pensar a promoção de qualidade de vida em uma comunidade rural, nos força a colocar em questão a maneira como se chega, olha e vive no território. Se não tivesse acontecido as conversas não estruturadas, encontros de rua, coração aberto para mergulhar a forma de habitar o território, encarnando naquela realidade e, principalmente, se não houvesse os diários – não os relatórios, de campo e as escritas de cartas, não seria possível sentir com o outro e pensar a Vivência Sociodramática, próxima etapa da pesquisa que será detalhada em outro momento.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Johnny; PASSOS, Eduardo. Cartografia é habitar um território existencial. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana (Orgs.). Pistas do método da cartografia. Porto Alegre: Sulina, 2012. Cap. 7, p. 131-149.

BUSSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A saúde e seus determinantes sociais. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, mar. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?lang=pt&format=pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a.

BROCH, Daiane. Determinantes sociais de saúde e o trabalho do agente comunitário. Revista de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 54, p. 1-8, mai. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4gvNKTSTgR9CTxYxMGkdhRG/abstract/?lang=pt#>>.

CAVAGNOLI, Murilo; MAHEIRIE, Katia. A cartografia como estratégia metodológica à produção de dispositivos de intervenção na psicologia social. *Fractal: Revista de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 64-71, abr. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/fractal/a/MVY9gFTNqjKjyFyG6XqBJgL/#>>.

CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006001341.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2023.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. Carta de Otawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>.

DULCI, Tereza Maria; MALHEIROS, Mariana Rocha. Um giro decolonial à metodologia científica: apontamentos epistemológicos para metodologia desde e para a América Latina. *Revista Espirales*, p. 174-193, jan, 2021. Edição 2021: VII Encuentro de Estudios Sociales desde América Latina y el Caribe. Disponível em: <<https://revistas.unila.edu.br/espiales/article/view/2686/2472>>.

DURAND, Michelle Kuntz; HEIDEMAN, Ivonete Teresinha Schuler Buss. Determinantes sociais de uma comunidade quilombola e a interface com a promoção da saúde. *Revista da escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 53, p. 1-8, mai. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Gz9P835ZfNnxwWdndy9gPvm/?lang=pt#>>

FOUCAUL, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramallete. ed. 12. Petrópolis: Vozes, 1987.

GONÇALVES, Heloísa Alva Cortez; LOPES, Mariane Helena. A dignidade da pessoa humana e o valor social do trabalho. *Revista de Direito Econômico e Socioambiental*, p. 129-145, vol. 4, n 2, 2013. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6172858>>.

NASCIMENTO, Emerson Oliveira do. *Colonialidade, modernidade e decolonialidade: da naturalização da guerra à violência sistêmica*. Intelléctus UERJ, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2021. Disponível em: < file:///C:/Users/Usuario/Downloads/58456-214534-1-PB.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2023. NOVAES, Adauto (Org.). *A outra margem do ocidente*. São Paulo: Companhia das letras, 1999.

NOVAES, Adauto (Org.). *A outra margem do ocidente*. São Paulo: Companhia das letras, 1999.

OLIVEIRA, Elizabeth de Souza; LUCINI, Marizete. O pensamento decolonial: conceitos para pensar uma prática de pesquisa de resistência. *Boletim Historiar*, Sergipe, v. 8, n. 1, mar. 2021. Disponível em: < file:///C:/Users/Usuario/Downloads/15456-Texto%20do%20artigo-45306-1-10-20210407%20(1).pdf>.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana (Orgs.). Pistas do método da cartografia. Porto Alegre: Sulina, 2012. cap. 1, p.17-31.

QUIJANO, Anibal. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciência sociais: perspectivas latino-americanas. In:_____. Colonialidade do poder, eurocentrismo e américa latina. Buenos Aires: CLACSO, 2005. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Quijano%20Colonialidade%20do%20poder%20(1).pdf>.

RIBEIRO, Daniela de Figueiredo. A decolonialidade na pesquisa e prática psicodramática: pela superação de epistemicídios históricos. Revista brasileira de psicodrama, v. 31, e0323, p.1-12, fev. 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psicodrama/a/W5KmxZvgKcDCwm5QfrjZHMS/?format=pdf&lang=pt>>.

SANTOS, Andreia. Das recentes crises financeiras à crise pandêmica: qual o valor do trabalho? Sociologia on line 25, v. 201318, n. 2, mai. 2013. Disponível em:<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/mediacoes,+Gerente+da+revista,+17317-71300-1-SM+(1)%20(1).pdf>.

SILVA, Heloiza Cristina Holgado; BINOTTO, Erlaine; VILPOU, Olivier François. Cooperação e compartilhamento de informações entre os atores de um assentamento rural. Perspectiva em Gestão e Conhecimento, v. 6, n. 1, 2016. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5526280>>.

VARES, Sidnei Ferreira. Solidariedade mecânica e solidariedade orgânica em émile Durkheim: dois conceitos e um dilema. Mediações, v. 18, n. 2, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/mediacoes,+Gerente+da+revista,+17317-71300-1-SM+(1)%20(1).pdf>.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E OS IMPACTOS NA VIDA ESCOLAR DAS JOVENS MÃES

Maria Laura Badoco de Souza
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF
marialaurabadoco@hotmail.com

Adriana Aparecida Silvestre Gera-Ribeiro
Mestre em Psicologia – Uni-FACEF
dricaasg@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), atualmente, a adolescência vai dos 10 aos 19 anos, sendo o período de juventude considerado dos 15 aos 24 anos. Mas nem sempre foi assim, uma vez que, até alguns anos atrás, ao completar 18 anos, além de atingir a maioridade, as pessoas já eram consideradas adultas e já deveriam assumir responsabilidades. Atualmente, com a extensão do período da adolescência e juventude, as responsabilidades, conseqüentemente, também são assumidas mais tardiamente. Essa mudança ocorreu, em virtude do estabelecimento de leis, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (1990), que asseguram o direito à vida, à alimentação, à saúde, à educação, ao lazer, à profissionalização, ao esporte, à cultura, além de assegurar dignidade, respeito, liberdade e convivência familiar e comunitária, o que possibilita que crianças e adolescentes usufruam de uma vivência plena em sociedade; assim como permitem que esses indivíduos possam se dedicar mais aos estudos, sem a necessidade de abandonar a escola para trabalhar e ajudar a família.

Contudo, há uma questão que sempre esteve presente em nossa sociedade, porém de diferentes formas de acordo com os parâmetros socioculturais de cada época: gravidez precoce na adolescência. Por volta de um século atrás, era comum meninas entre 11 e 18 anos já terem um ou mais filhos, uma vez que, geralmente, já estavam casadas, muitas vezes com parceiros um pouco mais velhos do que elas e que já desejavam ter um filho. Com o passar dos anos, houve a modificação na estrutura familiar, mas essa situação não deixou de existir. Pouco tempo depois as meninas que engravidavam precocemente também eram submetidas a se casarem com o pai do bebê e estabelecer um relacionamento estável. Hoje em dia a situação é um pouco diferente, as mulheres que engravidam, precocemente ou não, muitas vezes não continuam com o pai do bebê ou esperam algum tempo para entrarem em uma união estável. Todas essas mudanças aconteceram ao longo dos anos, mas a gravidez precoce de jovens que não possuem muita estrutura emocional, psíquica e física continua um desafio diante das questões de saúde pública.

Muitas adolescentes não possuem capacidade para refletir sobre as consequências futuras decorrentes de seu comportamento sexual como, por exemplo, uma gravidez precoce não planejada. Outras, devido à desinformação em relação aos métodos contraceptivos, acabam engravidando. Outro fator que também contribui para esta estatística, é o fato de que muitas adolescentes engravidam por acreditarem, ilusoriamente, que se tornando mães elas sairão de casa e afastarão de toda a situação desfavorável que a cercam, estabelecendo uma nova vida e com novas expectativas de melhoria e mudança, além do desejo de liberdade. Mas é claro que a gravidez na adolescência também pode acontecer com qualquer menina e de qualquer classe social quando o sexo é desprotegido e não se utiliza nenhum método contraceptivo.

Devido a estes fatores, a gravidez na adolescência se torna um caso de saúde pública, uma vez que muitas meninas abandonam os estudos por conta da gravidez e, várias vezes, não possuem apoio dos familiares e suporte psicológico para passar por essa situação. Por estarem grávidas em uma idade incomum, muitas vezes sofrem discriminação e bullying, principalmente no ambiente escolar, fazendo com que o sofrimento psíquico seja maior e encontram na reclusão e no abandono escolar uma saída para evitar tudo isso.

Sendo assim, refletir sobre a gravidez na adolescência significa também levar em conta a maneira como e se essa adolescente conseguirá permanecer na escola, dar conta dos estudos e ainda levar adiante uma gravidez. A relação entre gravidez na adolescência e abandono escolar vem sendo apontada por vários autores na literatura, o que reforça a busca e a necessidade de investigação nesta temática, assim como estes estudos também apontam para a necessária participação da família, da escola e da sociedade.

Diante do exposto acima, o presente artigo tem o objetivo de discutir os fatores que levam a gravidez precoce, assim como as consequências desta gravidez, especificamente, o abandono escolar.

2 FATORES ENVOLVIDOS NA GRAVIDEZ PRECOCE

Até os dias atuais enfrentamos dificuldades quanto às aulas de educação sexual nas escolas, sejam elas públicas ou particulares. O pensamento comum é de que se o tema for debatido nas escolas, se for discutido sobre sexo e seus riscos, cuidados, benefícios, respeito e autoconhecimento, isso irá incentivar os adolescentes a praticar sexo neste período de suas vidas. Porém, esta é uma fase em que os hormônios estão atuando, então, é um período em que o desejo sexual está aflorado, sendo muitas vezes afirmado pela literatura que a melhor maneira de cuidar da vida sexual dos adolescentes é ensiná-los a se proteger e cuidar de possíveis riscos que irão correr, como Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Segundo Saito e Leal (2000), a abordagem dentro das escolas ajuda a conter os

perigos e a manter uma relação sexual segura, com isso, diminui-se também a gravidez na adolescência:

Alguns autores constataram que o fato de as jovens terem aulas sobre sexualidade não influenciou a sua decisão de iniciar a atividade sexual, ocorrendo, porém, entre elas, menor número de gestações. A literatura mostra que adolescentes que receberam aulas de orientação sexual usaram preservativos em maior escala na primeira relação e, ainda, que os jovens sempre apontam a escola como fonte de informação sobre sexualidade, valorizando não só esses conhecimentos como o local onde os receberam (SAITO; LEAL, 2000, p. 45).

Os tabus sobre a educação sexual e quem é responsável sobre debater o tema com os adolescentes está longe de acabar. Além das pessoas acreditarem que o ensino irá provocar a ação, muitas famílias não conversam sobre o assunto em nenhum momento, porque acreditam que esse dever não é deles, que os adolescentes deverão aprender em outro lugar, mas também são contra as aulas de educação sexual nas escolas, o que pode levar os jovens a terem dúvidas, a não saber por onde começar a vida sexual, qual médico ir, o que fazer ou quem contar nessa nova jornada.

De acordo com Rodriguês, Silva e Gomes (2019), a contribuição familiar para a educação sexual é muito restrita, com o mínimo de informações e a maioria são aquelas que são passadas por gerações e do que a família espera que o adolescente faça ou não faça. Então, muitas vezes, a situação não é conduzida de forma natural e respeitosa, mas esses são os principais fatores que se deve ter quando as relações já começaram. Ainda, de acordo com as autoras, a escola deve sim contribuir, ajudar e esclarecer dúvidas, porém de uma maneira um pouco diferente da familiar, em um formato um pouco mais científico, crítico, autônomo, consciente e responsável. A família deve vir como um suporte acolhedor, onde esses adolescentes possam ter com quem contar e serem orientados de acordo com cada realidade. Segundo Egypto (2012) *apud* Rodriguês, Sílvia e Gomes (2019, p. 240):

Há famílias que se preocupam com o fato de que essas aulas possam estimular um despertar sexual “precoce”. Está subentendida a ideia de que a ignorância sobre sexo possa frear o desejo sexual ou suas manifestações. Todos sabemos que não é assim. A ignorância não protege ninguém de nada. Ao contrário, torna a pessoa mais vulnerável às situações, por não saber lidar adequadamente com elas.

Essa relação adolescente-escola e adolescente-família, também é muito importante para a construção psíquica e individual, porque o jovem terá os suportes necessários e cada qual em seu nicho e formato diferente, contribuindo assim com o próprio desenvolvimento interpessoal, tendo a segurança afetiva que a família oferece e a segurança científica que a escola oferece. Com isso, esse jovem irá crescer com uma rede de apoio que estará disponível para ajudá-lo quando houver algum problema, então este não vai precisar esconder nada ou fazer algo

sozinho e sem conhecimento, tornando-o mais seguro e responsável por si e seus atos sexuais ao longo da vida. Todo esse movimento também ajuda a diminuir os casos de gravidez na adolescência, porque essas pessoas conhecerão mais sobre métodos contraceptivos e ISTs que, conseqüentemente, irão tomar mais cuidado e evitar uma gravidez indesejada.

Também deve-se lembrar que atualmente as aulas sobre educação e orientação sexual são propostas nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), então, em algum momento todas as escolas deverão disponibilizar aulas ou outros métodos de aprendizagem, como debates, sobre os temas.

Não se pode negar que a tecnologia, sites e redes sociais vieram para nos ajudar e ajudam todos os dias, uma vez que se pode buscar qualquer informação sobre o que se quer e encontrar ou chegar próximo dos resultados esperados. Atualmente, para acessar toda essa informação tem-se computadores, celulares, tablets, televisores que podem fornecer as informações desejadas, mas nem todas as pessoas possuem e têm acesso com facilidade à internet e a esses aparelhos, dificultando assim pesquisas e conhecimento sobre o corpo humano, sexualidade, ISTs, preservativos e métodos contraceptivos. Essa falta de informação acaba sendo diretamente relacionada ao nível socioeconômico em que a gravidez na adolescência tem mais incidência, que é o baixo nível socioeconômico, uma vez que o não acesso às informações adequadas faz com que os jovens tenham relações sexuais sem saber como se proteger, quais métodos conseguir gratuitamente pelo SUS, sinais de gravidez e/ou quais são os sintomas de algumas infecções transmitidas sexualmente.

No documentário “Meninas” de Sandra Werneck (2006), todas as adolescentes são moradoras de comunidades no Rio de Janeiro. Então, uma característica em comum entre elas é a baixa renda e a dificuldade para conseguir tudo o que os bebês que estão chegando precisam. Durante o documentário, a mãe de Evelin, de 13 anos, diz que a Rocinha já foi um bom lugar para morar, que era muito gostoso, sendo que o quarto de Evelin possui até mesmo vista para o mar, mas que, infelizmente, a violência tomou conta e que agora tem muito tráfico e tiroteio, porém, não há outro lugar para elas irem, terão que continuar por ali mesmo. Luana, de 15 anos, diz que deixou sua mãe endividada e que se arrepende disso, porque a mãe se endividou por causa dela e do bebê, para conseguir comprar tudo o que era necessário. O pai dos bebês de Joyce e Edilene é o mesmo, mas ele escolheu seguir com Edilene, porém ele precisa auxiliar e pagar a pensão para os dois bebês, a mãe do jovem diz que ele ganha R\$ 200,00 e que sabe que é pouco, que “não dá pra muita coisa” e tem que dividir com as duas (Joyce e Edilene). Além disso, há uma repetição neste ciclo, pois as mães das adolescentes também foram mães novas e passaram por dificuldades, o que é um cenário comum quando se tem uma grávida adolescente com poder socioeconômico baixo, a mesma situação muitas vezes acontece com os filhos.

É mais comum ver meninas grávidas em escolas públicas do que em particulares, algo que confirma a repetição diante do quesito socioeconômico.

Segundo Esteves e Menandro (2005) apud Koller e Diniz (2012, p. 311):

A gravidez durante a adolescência toma diferentes repercussões consoante o nível socioeconômico de origem. As adolescentes de nível socioeconômico médio que engravidam tendem a não abandonar a escola e a morar na residência familiar, enquanto aquelas de nível socioeconômico mais baixo revelaram maior absentismo escolar, assim como a mudança de estado civil.

Além disso, a jovem de classe média que engravida possui maior assistência médica e psicológica para passar por essa situação adversa. Outro ponto a favor de quem estuda em uma escola privada é que, possivelmente, ela terá recursos para conseguir terminar seus estudos, provavelmente não precisará trabalhar em período integral para sustentar o bebê, podendo assim manter seu período de estudos e irá conseguir alguém ou algum lugar para ficar com seu filho durante esses momentos. Isso é algo diferente de quem possui um poder aquisitivo menor, uma vez que muitas meninas deixam de estudar, têm que mudar de período e começar a trabalhar o dia todo e, conseqüentemente, vem o cansaço e a desmotivação para seguir os estudos.

A gravidez na adolescência muitas vezes pode estar diretamente e psicologicamente relacionada com o desejo de sair de casa ou de ter algo apenas seu. Há muitos estudos e relatos de jovens que engravidaram para sair de casa, por não querer mais receber ordens dos pais, acreditando que assim elas serão donas de si mesmas e sem interferência de familiares, poderão fazer o que bem entender. Luana, 15 anos, participante do documentário de Sandra Werneck, é a mais velha dos filhos de sua mãe e afirma que sempre cuidou de seus irmãos mais novos. Então, queria ter um bebê só para ela, que fosse realmente dela. Isso também está associado ao fator socioeconômico, porque ter filhos e sair de casa/se casar, significa que a jovem “não está” mais sob a custódia de sua mãe e, sendo assim, possui uma vida diferente da dela. A adolescente ao sair de casa espera ter melhores condições financeiras e bens materiais que na casa da mãe não possuía, podendo, assim, dar mais conforto para o bebê que está por vir, logo, a menina espera engravidar e melhorar de vida, ter mais estabilidade. De acordo com Dias e Teixeira (2010. p.127), pode-se concluir que:

Em um estudo com jovens participantes de um programa de inclusão sócio-cultural, com moradores de uma favela na grande São Paulo, os autores encontraram que, entre as meninas estudadas, “sentir-se só” (24%), “brigas ou tristezas com a família” (23%), “falta de opções na vida” (13%) e “gostar de crianças” (10%) foram as principais razões indicadas para o desenvolvimento de uma gravidez na adolescência. [...] Nesse sentido, conclui-se que a maternidade na adolescência foi compreendida pelos jovens como uma alternativa viável para lidar com uma série de problemas e situações desfavoráveis presentes em seu contexto sócio-afetivo. Desta forma, a carência afetiva associada à ausência ou limitação nas

perspectivas de construção de um projeto de vida podem ser fatores determinantes para a ocorrência de uma gestação na adolescência, ao menos, em classes desprivilegiadas.”

Então, muitas vezes essa gravidez precoce se torna um plano para mudar de vida, que é algo relativamente rápido para acontecer, deixando assim outros projetos de lado como os estudos, por exemplo, que levam mais anos para serem atingidos. Mas, algo já dito anteriormente, é que essa situação é um ciclo vicioso que é passado de geração para geração. Quando se analisa o histórico familiar, muitas vezes, vê-se que isso também aconteceu com a mãe, avó, etc.: baixo nível socioeconômico - desejo de mudança e melhores condições - gravidez na adolescência para ter sua própria vida e responsabilidades.

As situações envolvendo a gravidez em jovens são inúmeras e distintas, o desejo de ser mãe e de mudança de vida é apenas mais um. Independente de fator socioeconômico, informação/desinformação, cultura e repetições, entre outros, a gravidez não desejada e/ou planejada pode acontecer, mesmo a pessoa estando ciente de tudo e das responsabilidades que irá ter. Mas nenhum método anticonceptivo é 100% eficaz, todos possuem sua margem de erro, alguns mais e outros menos como camisinhas, DIU, adesivos, anticoncepcionais, tabelinha, injeção, entre outros. Então, a melhor maneira é assegurar aos jovens informação, acesso a consultas médicas, apresentar todas as opções e escolher/descobrir a melhor opção para cada um.

3 GRAVIDEZ PRECOCE E ABANDONO ESCOLAR

Atualmente, um dos motivos para o abandono escolar é a gravidez na adolescência. Grande parte das meninas interrompem os estudos quando a gravidez se torna aparente devido ao aumento da barriga ou pouco antes do bebê nascer. Após o nascimento da criança, muitas não voltam a estudar ou demoram muito para retomar os estudos. Isto, na maioria das vezes, acontece por se tratar de uma gravidez não planejada em uma idade precoce, o que acarreta a vivência de diversos sentimentos novos e situações que nunca antes esta adolescente havia passado em um ambiente em que ela acaba sendo “o centro das atenções”, além da questão biológica-hormonal que a gestação traz. No ambiente escolar, essa adolescente passa a ser o alvo dos comentários de todos em sua volta, muitas vezes, sendo duramente criticada. Além disso, também surgem sentimentos de medo e culpa; medo por tantas incertezas e por não saber o que esperar, medo de não ser capaz de passar por toda a situação e de cuidar daquele bebê; e culpa por ter se colocado nessa situação. Como pontua Heilborn (2008) apud Rodriguês, Silva e Gomes (2019, p. 232):

A gravidez na adolescência se configurará como problema quando além de não ter sido prevista, acaba repercutindo negativamente nos projetos de vida dos jovens pai e mãe, tornando ainda mais complexa a entrada no mundo do trabalho e o prosseguimento dos estudos. O afastamento da

adolescente da escola não é algo determinante apenas pela gravidez, mas pode ser decorrente do preconceito dos colegas, da falta de apoio da escola e dos amigos, a vergonha pelas mudanças no corpo e por colocar em evidência a vida da adolescente.

Todo esse conjunto misto de sentimentos corroboram para que essa situação incomum, a gravidez na adolescência, acarrete uma situação comum, o abandono escolar. Muitas vezes, o espanto da família é grande e essas adolescentes não conseguem ter todo o amparo necessário em diversos aspectos: familiar, estrutural, material, médico e, principalmente, o psicológico. Então, ao contrário do acolhimento, a jovem é deixada de lado, humilhada, julgada e muito mais. E sem o apoio psicológico fica mais difícil passar por essa situação e de permanecer em um ambiente em que essa situação é o centro das atenções e que não há outras pessoas iguais a ela.

O documentário “Meninas” de Sandra Werneck (2006), trata de quatro meninas que engravidam na adolescência, todas moradoras de comunidades no Rio de Janeiro e que têm seus planos para o futuro interrompidos. A vida de cada uma dessas adolescentes é acompanhada durante o período da gestação e um período após o nascimento dos bebês. O documentário mostra pouco sobre a vida escolar delas, mas o que se percebe pelo que é mostrado não foge à regra.

Evelin, 13 anos, parou de estudar pouco tempo depois que descobriu a gravidez, pois não queria mais ir à escola, como afirmou sua mãe. Já Luana, 15 anos, após o nascimento de sua filha, continuou estudando, mas teve que passar para o período noturno para conseguir cuidar da casa, de seus irmãos mais novos e da recém-nascida. A própria Luana afirmou que a troca de turno do estudo não era algo de sua vontade, porém teve que fazer. Joice, 15 anos, tinha o sonho de estudar e entrar para a marinha brasileira, mas soube que isso não seria possível quando descobriu a gravidez, porque para entrar e fazer o curso não pode ter filhos. Já Edilene, 14 anos, foi a única das quatro meninas que sua vida escolar não foi mencionada em nenhum momento.

Este recorte do documentário está presente não apenas nas comunidades do Rio de Janeiro, mas em quase todos os lugares do país, por se tratar de um dos eventos mais comuns a partir do momento em que uma jovem em idade escolar se depara com a situação de se tornar mãe. Nem sempre elas irão retornar para a escola e há chances de terem seus sonhos frustrados e adiados. Por isso, é sempre importante o apoio e acompanhamento psicológico, para ajudá-las a entender essa nova fase, o que esperar e lidar com as suas frustrações, além de trabalhar para se tornar uma mãe psicologicamente boa e disponível para cuidar de seu filho de forma saudável e atender as demandas e necessidades que ele precisar. Rocha (2009, p. 29) ressalta:

Sendo assim, pode-se constatar que a gravidez na adolescência implica o abandono escolar, como vem sendo mostrado em pesquisas relatadas anteriormente. A grande maioria dos estudos mostrou a relação de uma

para com a outra. Durante a gravidez, as adolescentes abandonam escola e emprego. Quando muito, estudam ou trabalham até o sétimo mês de gravidez.

De acordo com Rodrigues; Silva e Gomes (2019), o aumento no número de gravidez não planejada, com o passar dos anos, trouxe a necessidade de incluir debates, atividades e momentos de tirar dúvidas não só sobre as relações sexuais, mas também sobre os impactos dessa situação dentro do ambiente escolar.

4 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

Este artigo traz um breve levantamento bibliográfico sobre as consequências da gravidez precoce, especificamente, a evasão escolar, o qual faz parte da pesquisa de Iniciação Científica intitulada “Impactos educacionais da gravidez na adolescência: a longevidade das mulheres no grau de escolaridade”.

Após a ampliação e aprofundamento deste levantamento bibliográfico sobre o tema em questão, será realizada uma pesquisa de campo por meio da aplicação de um questionário semiestruturado via Google Forms, com perguntas fechadas e abertas, o qual será disponibilizado nas redes sociais com o objetivo de atingir o maior número possível de participantes. Vale salientar que o questionário foi elaborado pela pesquisadora com a supervisão da orientadora. Poderão participar desta pesquisa mulheres entre 18 e 40 anos de idade, as quais ficaram grávidas entre 11 e 21 anos.

A pesquisa de campo está programada para iniciar a partir do mês de junho/2023 e, posteriormente, a análise de dados será realizada. Atualmente, o projeto foi enviado para análise do comitê de ética interno do Centro Universitário Municipal de Franca - Uni-FACEF e aguarda-se o parecer.

REFERÊNCIAS

DIAS, Ana Cristina Garcia; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. Porto Alegre: Universidade federal do Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/nFLk3nXXXsjWvSBndk6W5Ff/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 15 dezembro de 2022.

DINIZ, Eva; KOLLER, Sílvia Helena. Fatores Associados à Gravidez em Adolescentes Brasileiros de Baixa Renda. Porto Alegre: Universidade federal do Rio Grande do Sul, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/sPz3kskkJNQRSRYzPThVvqBf/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 janeiro de 2023.

ROCHA, Cinthya Aparecida da. Gravidez na adolescência e evasão escolar. Rio Claro: UNESP, 2009. Disponível em:

<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/120798>. Acesso em: 10 novembro de 2022.

RODRIGUES, Livia Santos; SILVA, Maria Vanuzia Oliveira da; GOMES, Maria Amábia Viana. Gravidez na Adolescência: suas implicações na adolescência, na família e na escola. Alagoas: revista emancipação e educação, 2019. Disponível em: <https://periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/reducaoemancipacao/article/view/11489>. Acesso em: 12 novembro de 2022.

SAITO, Maria Ignez; LEAL, Marta Miranda. Educação sexual na escola. São Paulo: instituto da criança do hospital das clínicas e departamento de pediatria da faculdade de medicina da universidade de São Paulo (USP), 2000. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/39242838/Educacao_sexual_na_escola-libre.pdf?1445046725=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DEducacao_sexual_na_escola.pdf&Expires=1674524093&Signature=ZzKEGZnPnhVTKbcXoHBBY0yIXnQfdjiP~286KVOcQxrRW8-VvEbsuDj6Fbs8PGSW3dG-5-83qrSyhnnCtnEjTBtS~GP9Iyu74-bHFeH71rgIA7Gbz2sh3FfINPZTsPQ2ivHHvR-qu2Zg1axkmW3bcv~knroJYnfCAkBMqfgDMmrXTnrwb3GBN4FEzkIEUG4SnCS8kGT1kEaL20K29uT-r2ao-hTpQ61Pj1~kpXGAOhmmnKAA4PKJ9iK2uMhsLs8TQV~L9OMofSTw1pfojwM2Jsu5XXtlKgC7LqwkxcTS-uK-GwXLYnCbyctbWMPDYNqk8ridXol4l3E~uJOOx1HKMw__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA. Acesso em: 15 dezembro de 2022.

IMPACTO DA INFECÇÃO BACTERIANA ESTREPTOCÓCICA NA PEDIATRIA E O DESENVOLVIMENTO DE GLOMERULONEFRITE DIFUSA AGUDA PÓS-ESTREPTOCÓCICA

Sara Silveira Lopes Ribeiro Benjamin
Graduanda em Medicina- Uni-FACEF
sara.eben2014@icloud.com

Kelly Jacqueline Barbosa
Doutora em ciências e docente do departamento
de Medicina e Enfermagem- Uni-FACEF
kellybiomedicina@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

A glomerulonefrite pós-estreptocócica aguda (GNPE) pode ocorrer tanto na forma epidêmica quanto em casos esporádicos após infecção com cepas nefritogênicas de estreptococos β -hemolíticos do grupo A. Em grande parte, a glomerulonefrite pós-estreptocócica é uma doença da infância, mas casos graves em adultos já foram bem documentados. É importante enfatizar que nem todos os indivíduos infectados por tais cepas desenvolvem a doença. Para que a glomerulonefrite se instale, o paciente ser portador de uma dessas linhagens, deve-se apresentar uma resposta imune específica (CAMPOS; VELOSSO, 2013).

Trata-se de uma seqüela tardia, não supurativa, de infecção estreptocócica prévia em vias aéreas superiores (faringo amigdalite) ou infecções de pele (piodermite) causadas por cepas nefritogênicas de estreptococo beta hemolítico do grupo A de Lancefield (SBHGA) e outros agentes infecciosos. Com os avanços na tecnologia e em estudos de diversas etiologias de glomerulonefrite na literatura, deve-se ressaltar que a grande maioria dos tipos é imunomediada tendo um componente autoimune, em que é associada a influência do ambiente onde o indivíduo vive a fatores de risco genético, cursando com lesões diferenciadas e acometimento glomerular, muitas vezes bilateral dos rins (PEREIRA; ANDRADE, 2020).

A GNPE é a glomerulopatia de maior ocorrência na infância, com incidência de 470 mil casos ao ano. Esta tem sido raramente referida em países desenvolvidos. No entanto, em países subdesenvolvidos é uma síndrome epidêmica, com 97% dos casos ocorrendo nestes locais, o que corrobora para sua ligação com fatores socioeconômicos, sanitários e pela maior prevalência de piodermites causadas por estreptococos, principalmente pelos estreptococos beta-hemolíticos do grupo A (SIQUEIRA et.al., 2020).

O *S. pyogenes* é o microrganismo responsável por mais de 600 milhões de casos de faringite e mais de 100 milhões de casos de infecções de pele a cada ano. A parede celular deste é formada por uma camada proteica, e a proteína M, constituinte dessa parede, permite que os estreptococos sejam tipados por técnica de precipitação de 1 a 61. Essa proteína representa também o antígeno responsável pela indução da imunidade na infecção estreptocócica. Em relação a etiologia da doença, destacam-se as principais cepas nefritogênicas dentre estas, nos casos pós-faringites, os sorotipos M 1, 3, 4, 12, 18, 25 e 49, e nos casos pós-impetigo os M 2, 49, 55, 57 e 60 (BURNS; LOPEZ, 2020).

O mecanismo fisiopatológico exato da lesão renal processo patológico da doença não está totalmente definida e há, na literatura, vários estudos e teorias que objetivam explicá-la. É provável a existência de um antígeno estreptocócico capaz de desencadear um processo imunológico que levaria à produção de anticorpos e, conseqüentemente, à formação de imunocomplexos in-situ nos glomérulos, que vão se depositar na parede capilar (CAMPOS JUNIOR; LOPEZ, 2017). Ou se o mesmo ocorre por deposição de imunocomplexos circulantes (PEREIRA; ANDRADE, 2020).

Com a perda da integridade da membrana basal glomerular (MBG), há alterações renais em níveis microscópicos e macroscópicos. Por meio da análise por microscopia óptica identifica-se glomérulos difusamente aumentados acima de 50% de comprometimento, o tufo glomerular apresenta-se aumentado, o espaço de Bowman está reduzido, e os capilares, obliterados pela tumefação e proliferação das células mesangiais ou endoteliais. Quantidades variáveis de leucócitos polimorfonucleares infiltram o tufo glomerular. No entanto, as artérias e arteríolas raramente encontram-se alteradas, assim como, não são vistos. não existem grandes modificações tubulares no geral (BURNS;CAMPOS JUNIOR, 2017).

Em função do processo inflamatório da GNPE na MBG ocorre a redução da filtração glomerular e uma diminuição da oferta de água e eletrólitos aos túbulos renais. Outra grave consequência é a passagem de elementos que normalmente não são filtrados: hemácias, leucócitos e proteínas. Outras complicações surgem devido a menor eficiência dos capilares e do comprometimento glomerular, podendo haver a retenção de alguns compostos, como creatinina, ureia e potássio, entre outros, levando o paciente à insuficiência renal aguda (IRA). Além disso, pode ocorrer também uma reabsorção de sódio e água, provocando a oligúria e aumento do volume extracelular circulante, resultando em edema, hipertensão arterial e congestão circulatória (TOFOLO; ANDRADE, 2020).

Geralmente evolui com manifestações clínicas bastante variáveis, desde formas leves ou assintomáticas até casos sintomáticos mais graves. Pode apresentar incidência endêmica ou epidêmica, sendo rara em menores de 2 anos e mais frequente em crianças com 7 a 12 anos de idade, com destaque pelo predomínio no sexo masculino, numa proporção de 2:1, não tendo uma predileção por etnia (PEREIRA;TOFOLO, 2020). Os sintomas aparecem após um período de latência após infecção estreptocócica de 1-3 semanas (amigdalite estreptocócica,

escarlatina) ou 3-6 semanas (erisipela ou impetigo) (OFIARA; TOMASZEWSKA, 2021).

O quadro clínico clássico é marcado por alterações na função renal, o que pode ser caracterizado pela chamada síndrome nefrítica que se define pelos achados de proteinúria, edema, causados pela inflamação glomerular generalizada e bilateral, hematúria macroscópica, oligúria e insuficiência renal aguda, levando a edema e hipertensão arterial que resultam da retenção de sódio e água pela diminuição súbita da taxa de filtração glomerular. Costuma haver proteinúria associada geralmente abaixo de três gramas por dia (GUSUKUMA et.al., 2008).

Entretanto, a doença também pode evoluir para quadros clínicos de maior gravidade e se apresentar com complicações a serem consideradas: hipervolemia com edema agudo pulmonar, crise hipertensiva com encefalopatia e convulsões, e insuficiência renal aguda, podendo levar a necessidade de diálise de urgência (PEREIRA; ANDRADE, 2020).

A GNPE é, caracteristicamente, uma doença que reduz os níveis de proteínas do complemento da via alternativa, principalmente o C3. Em dois terços dos casos, é possível identificar a presença de marcadores de infecção pregressa por estreptococos (LIMA; GALVÃO, 2020). Há real necessidade da documentação laboratorial das infecções estreptocócicas e avaliação da variação das proteínas do complemento (C3 e CH50), com queda e retorno aos níveis normais entre duas a oito semanas dos primeiros sinais de nefropatia, e crioglobulinas positivas no plasma (ALENCAR; NAKAOKA, 2013).

Em crianças pequenas, é frequente o surgimento de astenia, náuseas, oligúria, febre e hematuria, uma a duas semanas após a recuperação de um quadro de faringite (KASHIWABARA; NASCIMENTO, 2013).

Deve-se ressaltar que não há terapia específica para a GNPE, ou seja, a terapia é baseada em a erradicação do agente infeccioso envolvido por antibiose e em terapia de suporte sintomático, a fim aguardar a recuperação da função renal e danos nos rins (MAZUCCO; MUZETTI, 2014).

A infecção estreptocócica com antibioticoterapia deve ser tratada apenas nos casos em que ainda houver infecção ativa clinicamente. Como a incidência de recidiva é pequena e não há evidências de que um novo surto de glomerulonefrite leve ao pior prognóstico, o tratamento profilático não está indicado. Este pode ser indicado para os contactantes domiciliares ou em situações epidêmicas (LAPA; ROCHA, 2020).

O prognóstico imediato da GNPE aguda é excelente para crianças, sendo considerado de uma forma geral favorável, variando de acordo com a faixa etária. Em torno de 95% das crianças afetadas apresentam recuperação completa com a terapia de manutenção de sódio e água, evoluindo para a cura espontânea. Somente cerca de 1% não apresenta uma boa evolução, apresentando insuficiência renal, associada a oligúria grave. (GIANOTTO; FRANCO, 2008).

Considerando as diversas glomerulopatias conhecidas, deve-se ter a atenção a GNPE devido as condições socioeconômicas no Brasil, principalmente em relação ao combate de doenças supurativas, a fim de corroborar para evitar casos de complicações de doenças não-supurativas como a GDPA. É necessário, portanto, destacar a importância da avaliação diagnóstica e seu manejo terapêutico o mais precoce possível a fim de evitar suas possíveis complicações ressaltando, a validade desta pesquisa em verificar por meio de dados coletados por meio de uma revisão bibliográfica, as medidas mais precoces a serem tomadas.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo realizado por meio da revisão integrativa de literatura, com abordagem quantitativa e qualitativa. A pergunta norteadora que levou a investigação do tema abordado foi: Qual a influência da infecção pelos *Streptococcus pyogenes* e seu impacto sobre os rins nas crianças a partir de doenças supurativas e o desenvolvimento de Glomerulonefrite Difusa Aguda Pós-Estreptocócica. Os artigos selecionados foram baseados através de uma filtragem realizada nos sites de busca como MEDLINE, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO).

A partir da definição das palavras chaves, estas foram combinadas utilizando o método booleano OR ou AND. Por meio dessas e para a busca dos artigos que compõem este estudo, mediante a filtros das próprias bases de dados pesquisados, estabeleceu-se os seguintes critérios de inclusão: ano de publicação (2012-2022), nos idiomas português, inglês, espanhol, usando como descritores de pesquisa os termos "glomerulonefrite", "Streptococcus pyogenes", "nefropatias", "nefrite", "insuficiência renal", "pediatria" indexados no Descritor de Ciência da Saúde (DeCS).

Segundo Galvão et.al. (2008), a revisão integrativa se dá em 6 etapas: (1) definição da pergunta norteadora da pesquisa; (2) realizar buscas na literatura, estabelecendo critérios de inclusão e exclusão; (3) organizar e extrair as informações; (4) avaliar os estudos incluídos na revisão; (5) interpretação dos resultados; (6) síntese da revisão.

A primeira etapa da avaliação das referências incluídas constou a leitura dos títulos dos artigos, em seguida a leitura dos resumos e a terceira e última etapa da leitura a avaliação na íntegra dos estudos. Na primeira e segunda etapa, foi-se definido como critérios de exclusão artigos duplicados nas bases de dados, que estivessem incompletos e que não estivessem disponíveis para acesso.

No terceiro componente das etapas, houve a definição das informações a serem extraídas dos estudos que neste caso compreendem a estrutura molecular do S pyogenes, seu mecanismo de acesso por infecção de vias aéreas superiores e mediante acometimento cutâneo que culminam com a quebra da barreira imunomediada do organismo, levando ao acometimento glomerular nos rins. Ademais, houve buscas relacionadas as manifestações clínicas, diagnóstico

sintomatológico e diferencial com outras glomerulopatias principais. Por fim, avaliou-se estudos que discorriam a respeito do tratamento e das complicações associada ao prognóstico dos pacientes pediátricos comparados a adultos que. Considerou-se que estes critérios respondessem a pergunta norteadora do presente estudo.

Até o presente momento foram identificados 586 publicações de artigos, sendo 228 na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), 213 no PubMed, 25 na Scielo e 120 na MEDLINE. Após o critério de inclusão de ano de publicação e idioma, permaneceram 100 estudos na Biblioteca Virtual de Saúde, 150 na Pubmed, 15 na Scielo. Na primeira etapa, foram excluídos 228 estudos. Na segunda etapa, foram selecionados 70 artigos e destes 35 não estavam disponíveis para livre acesso, 19 foram excluídos por discorrerem de outras glomerulopatias, ou pela não correlação do desenvolvimento de GNPE a partir de doenças supurativas. Portanto, foi selecionado uma amostra de 16 artigos para a composição do presente estudo sendo 8 em inglês, 4 em espanhol, e 4 em português. Além de fazer apoio de base no livro de Tratado de Pediatria 4º Edição da Sociedade Brasileira de Pediatria.

3 DISCUSSÃO

3.1 Epidemiologia do *Streptococcus pyogenes*

A bactéria Gram-positiva, *Streptococcus pyogenes*, é um patógeno exclusivamente humano listado entre as dez principais causas infecciosas de mortalidade humana. O *S. pyogenes* coloniza principalmente a superfície epitelial da nasofaringe e da pele e, na maioria dos casos, resulta em portador assintomático. Sob certas condições e observado com mais frequência em sorotipos específicos, esta bactéria pode causar um conjunto de doenças, desde infecções superficiais até infecções potencialmente fatais, bem como doenças relacionadas ao sistema imunológico pós-infecção. A infecção invasiva por *S. pyogenes* tem alta mortalidade variando entre 10 e 30%, o que resulta em aproximadamente 600.000 mortes em todo o mundo, ocorrendo principalmente em regiões com recursos limitados (LAABEL et.al,2019). As infecções causadas por *S. pyogenes* são mais frequentes na infância e na juventude, com maior incidência idade escolar (BARROS, 2015).

O clima influencia no desenvolvimento da GNPE, com maior incidência nos trópicos devido a multifatores como condições mais precárias em países em desenvolvimento e acesso menos adequado a cuidados de saúde que impedem o manejo de doenças infecciosas primárias (NAST, 2012). Todavia, de acordo com Dagan et.al, (2016) em um estudo realizado com pacientes pediátricos no período de 1994 a 2011 em um hospital em Israel, foi possível observar maior incidência de GNPE (53,4%) durante o inverno nos meses de dezembro a fevereiro nesta população.

Segundo Mendes et.al (2020), o *S. pyogenes* responsável por mais de 600 milhões de casos de faringite e mais de 100 milhões de casos de infecções de pele a cada ano.

Em um estudo realizado em um hospital pediátrico na Espanha analisou se quantitativamente as crianças menores de 15 anos infectadas pelo *S.pyogenes* em um período de dez anos. Neste estudo observaram um aumento na incidência em idades mais jovens (menores de 5 anos) com esta bactéria. Pois, embora raro atualmente, há possibilidade de complicações fatais por esta bactéria como mostra os resultados de 2.192 culturas positivas para *S.pyogenes*, entre elas e 2.178 culturas em áreas como pele, tonsilas. No entanto, 29 pacientes foram admitidos com 4 casos de complicações supurativas, 7 complicações pós-infecciosas (5 GNPE e 2 febre reumática), 14 infecções invasivas e 4 casos prováveis de infecção invasiva. Portanto, justifica a importância de um diagnóstico precoce e preciso de doenças supurativas por GAS e adesão correta ao tratamento antibiótico (MACIÁ et.al, 2018).

3.2 Características Morfológicas do Estreptococcus beta-hemolítico do grupo A

S. pyogenes possui uma grande variedade de fatores de virulência que lhe permitem causar diferentes tipos de infecção no hospedeiro. Alguns deles são componentes da superfície celular, como proteína M, peptidase C5a, ácido lipoteicóico e até mesmo a própria cápsula de ácido hialurônico da bactéria. Outros, por outro lado, são enzimas sintetizadas na bactéria e secretadas no exterior, como Estreptoquinase e Hialuronidase, ou toxinas como Estreptolisina O e S ou Exotoxina infecção estreptocócica pirogênica (Spe). Cada um desses fatores implicado em maior ou menor extensão no desenvolvimento da infecção produzida por *S. pyogenes* (PASCUAL,2016).

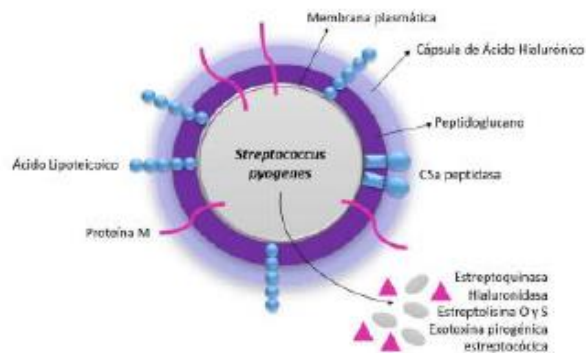
3.3 Doenças supurativas e a relação com a GNPE

A faringite estreptocócica é uma das infecções mais frequentes na infância e juventude, tendo maior incidência nos primeiros anos de frequência escolar. A transmissão acontece normalmente pelo contato direto entre as pessoas, por meio de gotículas de saliva ou secreção nasal. Nas épocas mais frias a frequência de infecções é maior. As piodermites são mais frequentes em crianças entre dois e cinco anos, pertencentes a populações que vivem em más condições de higiene. Normalmente nas épocas mais quentes e em regiões tropicais as infecções têm

também frequência maior. As possíveis vias de contaminação são o contato direto, e certos vetores como moscas (BASTOS, 2013).

A influência da faringotonsilite é justificada, segundo estudo realizado por Cardoso et.al (2013), cuja avaliação clínica de 650 pacientes, foi observado que seriam prescritos antimicrobianos para 59,8% destes sem identificação do patógeno, e por meio da pesquisa do *S pyogenes* foram prescritos apenas para 44%. Por outro lado, aqueles que não receberiam antibiótico pelo quadro clínico (42,5%) tiveram pesquisa de estreptococcus do grupo A positiva. Portanto, demonstrasse que o não adequado tratamento terapêutico das doenças supurativas pode evoluir para GNPE.

Figura 1: Morfologia do S pyogenes



Fonte: BASTOS (2013)

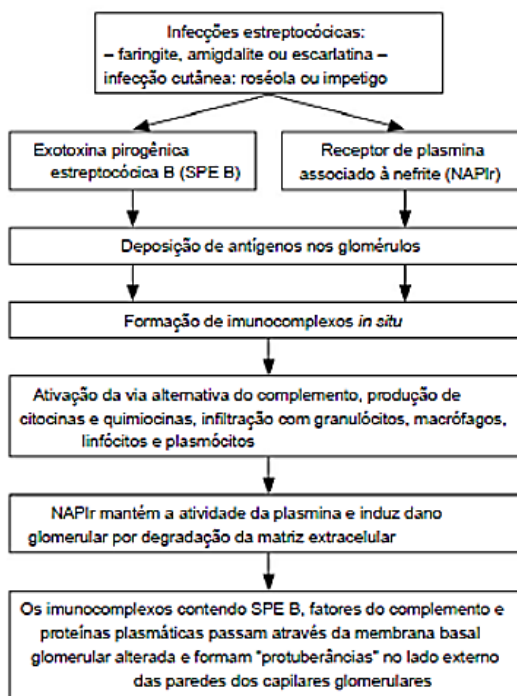
3.4 Fisiopatologia da infecção pelo *S pyogenes* e o acometimento renal

Segundo Nast (2012), há um risco em torno de 15% do desenvolvimento da GNPE após infecção por uma cepa nefritogênica de *Streptococcus*. Essa resposta inflamatória é determinada pelo tipo, quantidade e duração da produção de anticorpos, assim como pela localização dos imunes complexos antígeno-anticorpo nas regiões subepitelial, subendotelial ou mesangial e pelo padrão histológico refletido da lesão.

A teoria mais popular do mecanismo patogênico continua sendo a teoria da formação dos imunocomplexos. Esta se baseia na deposição glomerular de antígeno estreptocócico nefritogênico e posterior formação de imunocomplexos “in situ” e/ou na deposição direta de complexos antígeno-anticorpo circulante. Porém a deposição de imunoglobulina muitas vezes não é o fator mais importante para o desenvolvimento dessa doença. Assim o real mecanismo proeminente da

proliferação endocapilar no glomérulo, que ocorre na glomerulonefrite aguda pós-infecciosa, ainda é desconhecido e a identidade do antígeno causador continua a ser questão de debate (VIEIRA, 2013).

Figura 2: Proposta da Patogênese da GNPE



Fonte: OFIARA et.al (2021)

Esses complexos contêm um antígeno estreptocócico e imunoglobulinas G dirigidas contra eles. O receptor de plasmina associado à nefrite (NAPlr) e a exotoxina pirogênica B estreptocócica (SPE B) são os “antígenos nefritogênicos” mais comumente propostos. Além disso, outras proteínas estreptocócicas foram sugeridas como possíveis antígenos desencadeantes, ou seja, endostreptosina (ESS), antígeno pré-absortivo e proteína associada a cepas nefritogênicas. O isolamento de SPE B e NAPlr e anticorpos direcionados contra eles simultaneamente a partir de biópsias séricas e renais de pacientes com GNPE os torna os candidatos mais sérios para a toxina nefritogênica (OFIARA et.al, 2021).

Tanto o SPE B quanto o NAPlr podem ativar o sistema complemento por meio de uma via alternativa (conforme evidenciado por níveis reduzidos de componentes C3 e C4 normais) e levar ao desenvolvimento de inflamação local iniciando a quimiotaxia e a produção de interleucina-6 por células mesangiais e expressão de moléculas de adesão no endotélio (OFIARA et.al, 2021). Tanto o NAPlr quanto SPEB foram mostrados em biópsia de glomerulonefrite pós-estreptocócica e altos títulos de anticorpos são encontrados em mais de 90% dos pacientes em recuperação (STRATTA et.al, 2014).

3.5 Manifestações clínicas

A apresentação clínica clássica da GNPE é um quadro agudo síndrome nefrítica, definida como a presença de macro ou hematúria microscópica, proteinúria, edema, hipertensão arterial e lesão renal aguda de grau variável (até Insuficiência renal aguda). Tal evento se comprova em um estudo observacional realizado em um hospital de referência realizado por Duarte et.al (2020), tendo como população-alvo crianças com glomerulonefrite pós-estreptocócica abaixo de 16 anos. Neste, foi possível verificar edema periférico em 99,4% dos pacientes e 97,5% como sinais mais comuns desta doença.

De acordo com Piero et.al. (2014), a forma clássica da Glomerulonefrite difusa aguda pós-infecciosa se dá entre 1 a 6 semanas após infecção de vias aéreas superiores (IVAS) ou de piodermites. Durante a fase de latência, anormalidades urinárias isoladas podem ser encontradas: após este período a nefrite pode apresentar-se como quadro subclínico doença ou com uma síndrome nefrítica clara, a primeira tendo uma frequência cinco vezes maior durante epidemias.

Segundo Silva et.al (2022), o processo inflamatório danifica a filtração na barreira dos glomérulos, o que resulta na passagem de células e grandes moléculas através da cápsula de Bowman para o túbulo do néfron. O que explica a hematúria, que pode ser micro ou macroscópica, e ter a formação de cilindros de hemácias identificados na análise do sedimento urinário. Além disso, estas podem se apresentar na forma de acantócitos, devido as alterações que as hemácias sofrem ao passar pela barreira glomerular.

A barreira de filtragem danificada também permite a passagem de proteínas, normalmente em uma faixa subnefrótica (<40 mg/m²/h ou 2,0 mg de proteína/mg de creatinina no local da urina) a depender da gravidade da GNPE. A oligúria é explicada pela inflamação glomerular, pois diminui a taxa de filtração glomerular e, conseqüentemente, resulta no acúmulo de subprodutos metabólicos, incluindo ureia e creatinina (CASTRO et.al., 2022). Para Smith et.al (2021), a oligúria em crianças é definida < 0,5ml/kg/h em crianças, ou 500 mL/1,73 m² por dia.

3.6 Manifestações Laboratoriais

A biópsia renal não é um procedimento diagnóstico padrão e só é realizada se houver suspeita de outra glomerulopatia. É indicado apenas em caso de apresentação ou evolução atípica (ou seja , hipocomplementemia persistente além

de 3 meses) para descartar o diagnóstico diferencial ou para avaliar o prognóstico em formas graves (ROMAIN et.al, 2020).

Na microscopia de luz, as lesões são generalizadas e difusas. O aumento dos glomérulos com a proliferação de células endoteliais e mesangiais e numerosas células inflamatórias (principalmente neutrófilos, mas também macrófagos, linfócitos e plasmócitos) infiltrando os vasos glomerulares e o mesângio são aspectos característicos da GNPE. O acúmulo de células inflamatórias no feixe vascular e os depósitos de fibrina causam aumento dos glomérulos e preenchimento do espaço de Bowman. As células endoteliais vasculares estão inchadas e o lúmen capilar se estreita. À medida que o paciente cicatriza, o número de granulócitos diminui e o lúmen dos capilares torna-se mais visível. A proliferação de células mesangiais dura mais tempo (BARRECA et.al., 2014).

Para Barreca et.al.(2014),o exame de imunofluorescência revela depósitos granulares irregulares de componentes do complemento e anticorpos localizados ao longo das paredes dos capilares glomerulares, menos frequentemente no mesângio com depósitos de IgG e C3 são os mais comuns.

3.7 Diagnóstico Diferencial

Deve-se pensar nos quadros de Glomerulonefrite membranoproliferativa (GNPM) que acomete principalmente o sexo feminino e ocorre geralmente acima dos sete anos de idade, e que, na infância, comumente apresenta-se com complemento sérico baixo por meses; demais glomerulonefrites pós-infecciosas, além da Glomerulonefrite lúpica. A Púrpura de Henoch-Schönlein, se caracteriza por manifestações articulares, alterações cutâneas purpúricas, cólicas abdominais e complemento sérico normal, mas que pode ter início abrupto apenas com quadro de hematúria e edema (MOREIRA et.al., 2013).

O principal diagnóstico diferencial em uma criança com síndrome nefrítica aguda pós-infecciosa e baixos níveis de C3 é a glomerulopatia de C3 (C3G), uma glomerulopatia de mau prognóstico que justifica tratamento específico imediato. O C3G é mediado pela desregulação adquirida ou herdada do complemento via alternativa, resultando em baixos níveis plasmáticos prolongados de C3 em metade dos pacientes e deposição predominante de C3 nos glomérulos. Uma sobreposição considerável nas características clínicas, biológicas e histopatológicas da APIGN com C3G dificulta o manejo adequado (ROMAIN et.al, 2020).

Tais afecções podem ser excluídas por critérios clínicos e laboratoriais, com exceção da GNMP, que pode ocorrer após infecções estreptocócicas em crianças, com padrão semelhante de ativação da via alternada do complemento, mas que cursa com síndrome nefrótica ou a queda dos fatores do complemento em um período maior que oito semanas (SILVA et.al., 2013).

3.8 Prognóstico e complicações

O prognóstico e resultado da GNPE dependem da idade, sexo e condição do paciente, grau de doença renal manifestada por características clínicas e histológicas, local da infecção e microrganismo envolvido (NAST, 2012).

De acordo com Trieman et.al.(2016), menos de 1% das crianças com GNPE evoluem para quadro de insuficiência renal terminal; entretanto em até 20% dos casos podem ser achados urinários anormais persistentes (hematúria e proteinúria) e 3-6% tem hipertensão de longa duração. Ademais, há diferenças significativas no resultado da GNPE relatado em associação com condições genéticas e determinadas no pré-natal (como baixo peso ao nascimento) que influenciam diretamente o resultado desta patogenia a longo prazo.

A encefalopatia hipertensiva como complicação de longo duração, é uma das mais graves em crianças. Em um estudo de caráter observacional descritivo realizado por Duarte et.al (2020), em um hospital de referência no Departamento de Pediatria, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2018. Foi possível observar que 17% das 160 crianças avaliadas, apresentavam encefalopatia de caráter hipertensivo.

A lesão renal aguda (LRA) tem aumentado nas últimas décadas e recentemente foi reconhecida como uma importante causa de doença renal crônica (DRC), que pode evoluir para doença renal terminal. De acordo com Oda e Yoshizawa (2021), a incidência de GNPE em crianças diminuiu, enquanto os casos em adultos tem aumentado, estando associado a infecções não estreptocócicas com destaque a infecção por *Staphylococcus*, que é tão comum quanto esse.

A GNPE típica em crianças é considerada benigna, com prognóstico favorável que se resolve completamente sem progressão, em contraste com a glomerulonefrite associada a infecção vista em adultos que muitas vezes evolui para a cronicidade com prognóstico renal desfavorável segundo relatos na literatura.

As complicações que podem ocorrer durante a fase aguda da GNPE incluem insuficiência cardíaca congestiva, edema pulmonar e encefalopatia induzida por hipertensão grave devido à hipervolemia. Os preditores de mau prognóstico a longo prazo da APSGN incluem a presença de síndrome nefrótica, insuficiência renal no início e formação crescente nos achados da biópsia (Leong T.O., 2022).

Destaca-se o desenvolvimento de doença renal crônica (DRC) na fase adulta em crianças que apresentaram glomerulonefrite pós-infecciosa relatada na literatura. Demonstrável de acordo com estudo observacional de longo prazo realizado por Oda; Yoshizawa (2021), que verificaram forte fator de risco, mesmo após remissão completa da glomerulonefrite pós-infecciosa.

Apesar do mecanismo exato por este fato permanecer desconhecido. para Oda; Yoshizawa (2021), a razão mais simples para a persistência e progressão da GPNE em doença renal crônica é a persistência da infecção causadora, resultando na continuação da infecção patogênica. Neste cenário, anormalidades no exame de urina, níveis de complemento sérico e a inflamação, levariam à progressão da doença para um processo cronicado. Muitos fatores, como a cepa do patógeno, foco de infecção e condições do hospedeiro (competência imunológica, comorbidades, uso de dispositivos internos etc.) podem afetar a persistência de patógenos.

A análise histológica glomerular em tal condição geralmente mostra alteração, ou seja, proliferação endocapilar proeminente principalmente pelo acúmulo de células infiltradas. Por outro lado, a glomerulonefrite pós-infecciosa estafilocócica afeta principalmente adultos mais velhos, que muitas vezes têm comorbidades e a infecção está em curso quando esta desenvolve. Alterações histológicas glomerulares em tais pacientes com infecção em curso podem mostrar alteração do padrão histológico proliferativo endocapilar para glomerulonefrite membranoproliferativa (GNMP), por provável dano endotelial crônico. Exemplos típicos desta condição foram relatados na GNPE causada por endocardite infecciosa por *Staphylococcus aureus* (ODA; YOSHIZAWA, 2021).

O desenvolvimento de doença renal crônica em adultos com GNPE na infância é demonstrável pelo estudo observacional de Hoy et.al (2012) ao avaliar uma população em uma comunidade aborígine, com indivíduos na faixa etária de 10-39 anos no período de 2004 a 2006, foi possível identificar elevação dos níveis limites de microalbuminúria e albuminúria evidente, assim como taxas mais altas de proteinúria e hematúria anos após a resolução do quadro de glomerulonefrite pós-infecciosa.

Segundo Leong T.O. (2022), um estudo realizado no Brasil em acompanhamento de dez anos com crianças com glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica foi demonstrável, aumento na frequência de hipertensão nos grupos de GNPE em comparação com os grupos controle, mas nenhuma diferença significativa na avaliação da função renal foi verificada, por meio da análise da creatinina sérica, taxa de filtração glomerular, albuminúria e hematúria.

3.9 Tratamento

O tratamento das infecções causadas por *S. pyogenes* concentra-se no uso de antibióticos apropriados. *S. pyogenes* permanece universalmente sensível à penicilina, embora antibióticos como cefalosporinas, macrólidos e clindamicina também sejam usados clinicamente (PASCUAL, 2016).

Os diuréticos tiazídicos são eficazes como medicação de primeira linha na glomerulonefrite pós-estreptocócica; no entanto, os diuréticos de alça podem ser considerados em pacientes com insuficiência renal, especialmente aqueles com uma taxa de filtração glomerular estimada (eGFR) < 30 mL/min por 1,73 m² e edema significativo. Pacientes que apresentam edema generalizado devido a lesão renal aguda ou glomerulonefrite aguda devido a APSGN podem se beneficiar da restrição de sódio. Uma dieta com restrição de sódio entre 1 e 2 mEq/kg é recomendada para a redução de edema e natriurese positiva (LEONG T.O, 2022).

O edema pulmonar não cardiogênico decorrente da IRA que gera a síndrome do desconforto respiratório nas crianças pode ser manejado mediante oxigenação. A ventilação não invasiva com pressão positiva pode ser usado em casos mais leves, enquanto a ventilação mecânica convencional nos casos graves, por meio do tratamento de causa base (HON et.al.2021).

4 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

Dentre as glomerulopatias é necessário enfatizar a Glomerulonefrite pós-infecciosa, principalmente devido as condições socioeconômicas do Brasil e a vulnerabilidade, em especial, das crianças de baixa renda. Apesar do prognóstico favorável para crianças e adolescentes que desenvolvem tal doença, a GNPE continua apresentando complicações significativas que são comprometedoras a saúde destes indivíduos.

A glomerulonefrite aguda é a patologia renal adquirida mais frequente em Pediatria. Geralmente se apresenta como síndrome nefrítica, cujas manifestações clínicas são hematúria macroscópica ou microscópica, edema, diminuição da taxa

de filtração glomerular e hipertensão arterial (DUARTE et.al., 2020). De acordo com Gusukuma et.al (2008), a GNPE caracteriza-se por ser doença aguda, com resolução espontânea na maioria dos pacientes. O prognóstico e resultado desta patologia dependem da idade, sexo e condição do paciente, grau de doença renal manifestada por características clínicas e histológicas, local da infecção e microrganismo envolvido (NAST, 2012).

As crianças possuem prognóstico favorável e quadro resolutivo em sua grande maioria dos casos segundo evidências na literatura. No entanto, que demonstram complicações a curto e a longo prazo como o desenvolvimento de doença renal crônica na vida adulta, cujo mecanismo atualmente não se encontra esclarecido, mas há tentativas de formulação de hipóteses. Mediante ao presente estudo, é necessário enfatizar que a glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica é uma sequela tardia, não supurativa, proveniente de infecções prévias em vias aéreas superiores ou por piodermites, as quais possuem manejo clínico e terapêutico de fácil execução. Todavia, se não tratado ou houver falha terapêutica poderá evoluir para glomerulonefrite pós-estreptocócica.

Em suma, dentre os artigos utilizados até o presente momento como base para o estudo, é evidente a limitação na demonstração do desenvolvimento de doença renal crônica na fase adulta em pacientes com glomerulonefrite pós-infecciosa na infância, sendo necessários novas pesquisas que demonstrem a correlação patogênica. Contudo, é verificável a progressão das complicações a curto prazo por esta. Dessa forma, é vista a necessidade dos profissionais de saúde a atenção para o adequada propedêutica das doenças supurativas mais associadas ao desenvolvimento dessa patologia, com o propósito de evitar tal sequela mantendo-se o bem-estar físico da população pediátrica.

REFERÊNCIAS

BASTOS, A. C. Simulação computacional do sistema imunológico através de sistemas multiagentes: um estudo da resposta imune e da terapêutica antimicrobiana da glomerulonefrite pós-infecciosa (GNPE) por *Streptococcus pyogenes*. 2013. Dissertação (Pós-graduação em Ciências da computação). Universidade Federal de Viçosa. Viçosa. 2013.

BRITO, D.M.et.al. Infecções das vias aéreas superiores por *Streptococcus pyogenes*: fisiopatologia e diagnóstico. *Research, Society and Development*, v.9, n.8, e896986322, Agosto. 2020. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/6322/5988/101446> Acesso em: 31/02/2023.

CAMPOS, R.D. et.al. Glomerulonefrite Difusa Aguda. Uma Revisão de Literatura. *Braslian Journal of Surgery and Clinical Research*. Paraná. Dez.2012. v.4, n.4, p.57-

60, Out-Nov 2013. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/bjscr>. Acesso em: 01/02/2023.

CARDOSO et.al. Impacto do uso da prova rápida para estreptococo beta-hemolítico do grupo A no diagnóstico e tratamento da faringotonsilite aguda em pronto-socorro de Pediatria. Rev Paul Pediatr. São Paulo. v.31, n.1, p.4-9, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/XWk4kM3CQMhzWtHjkBRWcyk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31/02/2023.

DUARTE, et.al. Glomerulonefritis post infecciosa en Pediatría: estudio epidemiológico basado en una población hospitalaria. Pediatría (Asunción), v. 47, n. 1, p. 17-23, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1386620..> Acesso em: 10/05/2023.

EMANUELLY DA SILVA BARROS, ADRIENNE. Rastreamento de Streptococcus pyogenes em indivíduos com faringoamigdalite e hígidos no município de Cuité, Paraíba, Brasil. Monografia (Farmácia). Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2015.

GALVÃO, P.V.M. et.al. Análise do Perfil Clínico e sociodemográfico dos pacientes pediátricos diagnosticados com glomerulonefrite difusa aguda em Hospital no Sertão de Pernambuco, Brasil. Arch Health Invest. Serra Talhada, v.9, n.5, p.420-425, 2020. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/5048>. Acesso em: 01/02/2023.

GUSUKUMA, L.W. et.al. Glomerulonefrite Aguda Pós- Estreptocócica com Proteinúria nefrótica. Relato de Caso. Revista Brasileira Clínica Médica. São Paulo. Unifesp-epm, v.6, p.213-215, 2008. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2008/v6n5/a213-215.pdf>. Acesso em: 25/07/2022.

HOY et.al. Post-streptococcal glomerulonephritis is a Strong risk factor for chronic kidney disease in later life. Kidney International. 81, 1026–1032. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22297679/>. Acesso em: 11/05/2023.

HUNT, Elizabeth AK; SOMERS, Michael JG. Infection-related glomerulonephritis. Pediatric Clinics, v. 66, n. 1, p. 59-72, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30454751/>. Acesso em: 10/05/2023.

HERMOSILLA, T. V. A. Glomerulonefritis pos infecciosa em Pediatría. Revisión de la literatura. Rev. cient. cienc. Salud. v.4, n.1, p.135-145, 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/11/1388748/arglomerulonefritisposinfecciosaenpediatriadocx.pdf>. Acesso em: 25/07/2022.

HON et.al. 2021. Paediatrics: how to manage acute respiratory distress syndrome. Drugs Context. 2021 Jun 1;10:2021-1-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34122589/>. Acesso em: 11/05/2023.

LAABEL et.al. Catch Me if You Can: Streptococcus pyogenes Complement Evasion Strategies. J Imunidade inata. v.11, n.1, p.3-12, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30269134/>. Acesso em: 01/02/2023.

LEONG O.T. Management and outcomes of acute post-streptococcal glomerulonephritis in children. World J Nephrol. v. 11, n.5, p. 139-145, 25 sep 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36187464/>. Acesso em: 11/05/2023.

MACIÁ et.al. Infección por estreptococo pyogenes en la edad pediátrica: desde faringoamigdalitis aguda a infecciones invasivas. An Pediatric (Barc). v. 88, n.2, p.75-81. 2018. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403317300565>. Acesso em: 31/02/2023.

MAS, P. M. D. Mecanismos de patogenicidad de Streptococcus pyogenes. Tese (Bioquímica). Universitat de les Illes Balears, 2016.

NAST, C.C. Infection-Related Glomerulonephritis: Changing Demographics and Outcomes. *Advances in Chronic Kidney Disease*, v. 19, n. 2, p. 68-75, Março.2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22449343/>. Acesso em: 05/02/2023.

ODA, T; YOSHIZAWA N. Factors Affecting the Progression of Infection-Related Glomerulonephritis to Chronic Kidney Disease. *Int. J. Mol. Science*. 2021, 22, 905. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7831296/pdf/ijms-22-00905.pdf>. Acesso em: 08/05/2023.

PEREIRA, J.L.S; ANDRADE, R.L; TOFOLO, C. Diagnóstico e tratamento da Glomerulonefrite pós-infecciosa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde, Franca*, v.59, n. 59, p.1-7, Sep.2020. Disponível em:

<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4254/2604>. Acesso em: 31/02/2023.

PINHEIRO et.al. Acute Post-Streptococcal Glomerulonephritis in Children: A Comprehensive Review. *Química Medicinal Atual*, v.29, n. 34, p. 5543-5559, 2022. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35702785/#:~:text=Background%3A%20Acute%20post%2Dstreptococcal%20glomerulonephritis,acquired%20kidney%20injury%20in%20children>. Acesso em: 31/02/2023.

ROMAIN et.al. Anti-Factor B Antibodies and Acute Postinfectious GN in Children. *JASN*. 31(4):p 829-840, April 2020. Disponível em:

https://journals.lww.com/jasn/Fulltext/2020/04000/Anti_Factor_B_Antibodies_and_Acute_Postinfectious.16.aspx. Acesso em: 11/05/2023.

SILVEIRA et.al. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis*, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09/05/2023.

SMITH et.al. Hypocomplementemia (C3) as an independent predictor for children with acute post-streptococcal glomerulonephritis: a long-term observation. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 2021; 25: 5674-5683. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34604959/>. Acesso em: 11/05/2023.

STRATTA, P. et.al. New Trends of na old disease: the acute post infectius glomerulonephritis at the beginning of the new millenium. *Review of J Nephrol*, v.27, p. 229-239, Jun.2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24777751/>. Acesso em: 01/02/2023.

TOMASZKEWSKA, M.P. et.al. Acute post-streptococcal glomerulonephritis-immune-mediated acute kidney injury-case reporty and literature review. *Central European Journal of Immunology*. v.46, n.4, p.516-523, Dez.2021. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8808306/>. Acesso em: 25/07/2022.

TOPOROVSKI, J. et.al. Glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica. In: BURNS, D.A. et.al. *Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria*. 4º edição: Manole, 2017.cap. 6, p. 1133-1137.

TRIEMAN et.al. Post-Infectious Glomerulonephritis in Pediatric Patients over Two Decades: Severity-Associated Features. *IMAJ*. Petah Tikva, v.18, n.6, Jun.2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27468526/>. Acesso em: 31/02/2023.

VIEIRA, L. J. M. Avaliação do manuseio terapêutico e abordagem diagnóstica inicial dos pacientes com Glomerulonefrite difusa aguda pós-infecciosa internados no setor pediátrico em um hospital público de Sergipe. Monografia. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2013.

O IMPACTO DA SIMULAÇÃO REALÍSTICA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA COM UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA CIDADE NO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

Daniela Cardoso Ávila
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF
danielacardoso1428@gmail.com

Kelly Jacqueline Barbosa
Doutora em Ciências e Docente Departamento
de Enfermagem e Medicina – Uni-FACEF
kellybiomedicina@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

A simulação realística em saúde como estratégia de treinamento e formação está sendo cada vez mais incorporada nas IES (Instituição de Ensino Superior) e nos serviços de saúde, para o desenvolvimento de habilidades técnicas e não técnicas, visando a melhor preparação profissional. O referencial teórico é de inigualável importância, visto que será o responsável pela formação da base de conhecimentos do profissional, todavia, as habilidades não-técnicas, como a consciência situacional, tomada de decisão, trabalho em equipe, gerenciamento de conflito, controle emocional e pensamento crítico são de extrema importância para integrar as competências cognitivas e sociais exclusivas de cada pessoa, que completa os recursos para uma atuação profissional com autonomia, qualidade e segurança.

A PCR (Parada Cardiorrespiratória) consiste na interrupção das atividades respiratórias e circulatórias efetivas, como a ausência de atividade mecânica cardíaca, confirmada por ausência de pulso detectável, responsividade e apneia ou respiração agônica. O sucesso no seu atendimento é dependente das medidas de reanimação cardiopulmonar (RCP) imediatas e de um sistema de atendimento eficiente. A RCP é um conjunto de manobras realizadas para manter artificialmente o fluxo arterial ao cérebro e a outros órgãos vitais, até que ocorra o retorno da circulação espontânea. Essas manobras constituem-se na melhor chance de restauração da função cardiopulmonar e cerebral das vítimas de PCR.

No Brasil existe a estimativa de 200 mil casos de PCR a cada ano, metade em ambiente hospitalar. As taxas de sobrevivência na alta hospitalar variam de 9,5% para casos de PCR fora do hospital e 24,2% para casos hospitalares. Desses, 40 a 50% permanecem com deficiências cognitivas, como memória e déficits de desempenho intelectual (VANCINI-CAMPANHARO et al. 2015). Recentemente, estudos demonstraram que horas antes de uma PCR pacientes adultos apresentam sinais e sintomas de deterioração fisiológica e piora clínica. Diante disso, a

perspicácia do profissional de saúde aliada com suas habilidades podem prevenir a ocorrência de PCRs e, como consequência, a mortalidade hospitalar e morbidades.

Um método de prevenção que deve ser destacado é a criação de times especializados no atendimento de emergências, os times de resposta rápida, para o resgate rápido e efetivo dos pacientes vítimas de PCR. Contudo, essa estratégia não é uma realidade em todos os serviços de saúde, visto que alguns locais não tem profissionais suficientes para sua elaboração, sendo formados apenas pela equipe de enfermagem, ficando sob a responsabilidade do Enfermeiro e Técnico de Enfermagem a assistência da PCR. Logo, é salientado a importância de treinamentos e capacitações de simulação realística para esses profissionais e sua incorporação nas IES, porquanto a metodologia sendo incorporada desde a sua formação e associada com os demais conhecimentos construídos permite que esse novo profissional chegue ao mercado de trabalho preparado e com segurança.

Os números de ocorrências PCRs e seus óbitos em ambiente hospitalar vem aumentando exponencialmente. Nesse aspecto, torna-se muito importante o desenvolvimento de pesquisas e métodos que reforcem a necessidade da incorporação de estratégias para reduzir essas incidências, como os treinamentos de simulação realística com os profissionais dos serviços e o uso de atividades práticas para desenvolver a competência adequada para uma atuação consistente.

Por conseguinte, é importante estimular o desenvolvimento de pesquisas nessa área a fim de consolidar mais evidências científicas do tema. Para mais, estes estudos proporcionam grandes progressos na assistência do cuidado da Enfermagem, provendo mais segurança e autonomia aos profissionais, bem como benefícios à saúde pública, pois promove a redução de óbitos e uma assistência especializada e interdisciplinar aos pacientes com morbidades por PCR, ocasionando uma redução de custos nos tratamentos oferecidos e uma demanda menor nos serviços de saúde.

Ademais, a *American Heart Association - AHA* (Associação Americana do Coração), providencia cuidados cardíacos para reduzir lesões e mortes causadas por doenças cardiovasculares e AVC, e, tornou-se uma referência mundial em protocolos de PCR, também realiza a cada 5 anos uma atualização de diretrizes e protocolos. Isto posto, comprova-se a importância deste trabalho com o objetivo de apresentar estratégias novas de aprendizado e eficazes que aprimorem a assistência de enfermagem em um quadro de PCR. Justifica-se também a utilização dos protocolos e diretrizes estabelecidos pela AHA em todos os treinamentos realizados, visto que são padrões ouro de referência.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo em comparação de grupos intervenção-controle. Quanto à abordagem, trata-se de uma pesquisa

quantitativa e qualitativa, na qual o pesquisador fará um levantamento e coleta de dados para interpretar e compreender os efeitos obtidos com a aplicação da estratégia de ensino prático na assistência.

A pesquisa será realizada com profissionais de uma equipe de enfermagem, com graduação de nível superior e técnico em Enfermagem, de um serviço não avaliado e não identificado de uma cidade no interior de São Paulo, sua participação será efetivada por meio de uma carta convite enviada individualmente. Em seguida, será enviado o TCLE para os participantes, e, manifestando acordo, será disponibilizado um questionário subjetivo (Q1) para explorar os conhecimentos e habilidades prévias de cada profissional na atuação de PCR e de simulação realística com o objetivo de quantificar suas experiências e assistência na PCR (se conhece o método da simulação realística, sua experiência e queixas na abordagem da PCR, quantas PCR já realizou, se houve efetividade nestas, etc), visando sempre a avaliação da assistência de enfermagem prestada, em nenhuma circunstância será abordado ou avaliado o serviço de saúde de atuação do profissional ou avaliado a competência de assistência do profissional, o participante também não será identificado.

Posteriormente, os enfermeiros serão submetidos a uma atualização de protocolos e diretrizes de assistência de PCR, ou seja, um treinamento teórico, ao final do treinamento será aplicado um segundo questionário subjetivo (Q2) aos participantes, para que seja possível mensurar o aprendizado e a percepção dos profissionais em relação à atualização teórica oferecida. Em seguida, serão separados em dois grupos A e B, sendo o grupo A o grupo controle e o grupo B o grupo de intervenção, e apenas um grupo passará por uma capacitação prática de simulação realística de PCR, um treinamento prático. Após a realização do treinamento prático, será aplicado um terceiro questionário subjetivo (Q3) para o registro das percepções individuais dos profissionais quanto ao conteúdo apresentado e aprendido nos treinamentos.

Ao final dos treinamentos será implementado um cenário de simulação realística com um caso de PCR em ambiente intra hospitalar para os dois grupos, que atuarão separadamente. Durante o desenrolar da cena, os participantes serão avaliados, os avaliadores serão professores da instituição (Uni-FACEF), do Departamento de Enfermagem e Medicina, que possuem formação ou prática com assistência em PCR ou Simulação Realística. Os participantes de cada grupo serão mascarados para os avaliadores, portanto os avaliadores não terão conhecimento de qual grupo os participantes correspondem, controle ou intervenção, A ou B. Os profissionais participantes serão avaliados de forma objetiva com um checklist elaborado pela pesquisadora e orientadora, e posteriormente, de forma subjetiva com um quarto questionário subjetivo (Q4) ao final da experiência, respondido pelos próprios profissionais participantes para registro de suas percepções.

Através desses questionários subjetivos e do checklist, nos quais serão pontuadas considerações subjetivas e objetivas individuais de aprimoramento

de técnicas e habilidades durante o projeto, torna-se possível avaliar se houve uma melhora na assistência de PCR entre os grupos controle e intervenção, A e B, respectivamente.

Posterior ao cenário simulado, será desenvolvido um treinamento prático, com imersão em simulação realística, ao grupo controle (A), semelhante ao que foi ofertado para o grupo intervenção (B), para que dessa forma seja disponibilizado à todos os profissionais participantes as mesmas ferramentas de aprendizagem, sem distinção ou separação, de forma que não comprometa a atuação profissional dos participantes na assistência de PCR em sua realidade e serviço de saúde.

Ademais, após a realização do cenário prático, será desenvolvido com cada grupo separadamente o momento de *debriefing*, uma fase importante da formação do cenário prático através da simulação realística, que é o momento que se realiza a discussão e o *feedback* entre todos os participantes da cena, pois utiliza-se de uma discussão reflexiva acerca da situação ocorrida, da aprendizagem e das decisões tomadas, desenvolvendo o pensamento crítico e reflexivo do estudante e consolidando os conhecimentos (MARTINS et al, 2012). Flato e Guimarães (2011) alertam para a importância da reflexão após experiência prática, ou seja, como forma de conectar a experiência vivida dentro da simulação e analisar de forma construtiva o contexto e as ações realizadas dentro dela.

Após um determinado período de tempo, aproximadamente 3 meses, todos os profissionais participantes serão submetidos a um quinto questionário subjetivo (Q5) para avaliar a aplicabilidade de todas as práticas desenvolvidas nos treinamentos no cenário real de PCR. Através disso, será possível mensurar o impacto da simulação realística no fortalecimento das habilidades dos profissionais de forma realista.

Logo, ao final, serão executados 5 (cinco) questionários subjetivos a cada um dos grupos controle e intervenção, grupos A e B, respectivamente, sendo em seu total final elaborado 7 (sete) questionários pela aluna pesquisadora e inicianda e orientadora, já que alguns questionários aplicados aos grupos são personalizados, buscando coletar dados e experiências específicas dos profissionais de acordo com os treinamentos oferecidos (teórico e prático). Os questionários serão aplicados aos profissionais participantes por meio da plataforma Google Formulários em réplica exata ao modelo incluído no Anexo, com o compartilhamento do link para o preenchimento das respostas via email, sem a coleta e identificação de email do profissional que irá responder o questionário.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que a simulação pode contribuir enquanto método na aquisição de habilidades e competências, refletindo em um melhor desempenho profissional, considerando as inúmeras habilidades práticas que são exigidas do

profissional (COSTA et al., 2015). Logo, espera-se ao fim deste estudo quantificar o impacto da simulação através da comparação de resultados após a atuação de dois grupos tratados distintamente durante a realização em um mesmo cenário, para que fique solidificado a importância dos múltiplos saberes, que transcendem o conhecimento teórico, obtidos exclusivamente da literatura, mas também as habilidades e saberes práticos, obtidos através de experiências individuais ou grupais particulares.

REFERÊNCIAS

Berwick DM, Calkins DR, McCannon CJ, Hackbarth AD. The 100,000 lives campaign: setting a goal and a deadline for improving health care quality. *JAMA*. 2006; 295(3):324-7.

Castro, L.N. et al. A simulação realística como ferramenta de aprendizagem para a Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 9, e10110917711, 2021. ISSN 2525-3409.

COSTA, R. R. O. et al. O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde e enfermagem: Uma reflexão acadêmica. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v.16, n.1, p. 5965, Jan/Mar, 2015.

FLATO, U. A. P.; GUIMARÃES, H. P. Educação baseada em simulação em medicina de urgência e emergência: a arte imita a vida. *Revista Brasileira de Clínica Médica* 2011; 9(5):360- 364.

Gonçales, PDS. et al. Redução de paradas cardiorrespiratórias por times de resposta rápida. Trabalho realizado no Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE, São Paulo (SP), 2012;10(4):442-8. Acesso em: 23 maio, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/eins/a/BgQ6xdvSNCnpYFhpHMScBSc/?format=pdf&lang=pt>>

Jone D, Bellomo R, DeVita MA. Effectiveness of Medical Emergency Team: the importance of dose. *Critical Care*. 2009;13(5): 313.

Kaneko RMU, Lopes MHBM. Realistic health care simulation scenario: what is relevant for its design? *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03453.

MARTINS, J. C. A. et al. A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: Retrospectiva histórica. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(4):619-25.

Nacer DT, Barbieri AR. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet].2015 jul./set.;17(3).

Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2a edição, 2016.

Santos, L.P. et al. Parada Cardiorrespiratória: Principais Desafios Vivenciados pela Enfermagem no Serviço de Urgência e Emergência. Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras, 3 (1): 35-53, jan./mar. 2016, ISSN: 2358-7490.

Tallo FS, Moraes Júnior R, Guimarães HP, Lopes RD, Lopes AC. Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2012;10(3):194- 200. 3.

Vancini-Campanharo, Cássia Regina et al. Cohort study on the factors associated with survival post-cardiac arrest. São Paulo Medical Journal [online]. 2015, v.133, n.6, pp.495-501. ISSN 1806-9460. Acesso em: 23 maio, 2022.

Zandomenighi RC, Martins EAP. Análise Epidemiológica dos Atendimentos de Parada Cardiorrespiratória. Rev Enferm UFPE online., Recife, 12(7):1912-22, jul., 2018. ISSN: 1981-8963.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO 1 SUBJETIVO DE CONHECIMENTO PRÉVIO

GRUPO A E B

Questionário pré atualização teórica de manobras de intervenção de uma parada cardiorrespiratória a ser preenchido pelos participantes, de modo que consigam expressar seu conhecimento prévio diante das suas práticas vivenciadas nas rotinas de trabalho.

Código de identificação do participante: _____

1- Qual a sua idade? _____

2- Qual o seu gênero?

MASCULINO	FEMININO	OUTRO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3- Qual a sua profissão?

ENFERMEIRO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4- Você já atuou em uma parada cardiorrespiratória?

SIM	NÃO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5- Em quantas paradas cardiorrespiratórias você atuou nos últimos seis meses (180 dias)?

0 (zero)	1 a 3	4-6	7-9	10 ou mais
•	•	•	•	•

6- Quantas paradas cardiorrespiratórias que você atuou nos últimos três meses (90 dias) tiveram um desfecho positivo para o paciente (recuperação dos sinais vitais)?

0 (zero)	1 a 3	4-6	7-9	10 ou mais
•	•	•	•	•

7- Em quantas paradas cardiorrespiratórias que você atuou nos últimos seis meses (180 dias) teve um desfecho negativo para o paciente (óbito ou morbidade)?

0 (zero)	1 a 3	4-6	7-9	10 ou mais
•	•	•	•	•

8- Com que frequência você realiza um curso ou treinamento de atualização de técnicas em assistência de uma parada cardiorrespiratória?

NUNCA	RARAMENTE	EVENTUALMENTE	FREQUENTEMENTE	MUITO FREQUENTE
•	•	•	•	•

9- Qual a importância você acha que é realizar um curso ou treinamento de atualização de técnicas em assistência de uma parada cardiorrespiratória?

NÃO É IMPORTANT E	ÀS VEZES É IMPORTANT E	MEDIAN A	NÃO SEI	IMPORTAN TE	MUITO IMPORTANT E
•	•	•	•	•	•

10- Você possui experiência com simulação realística e/ou cenários simulados?

SIM	NÃO
•	•

11- Com que frequência você realiza ou participa de cursos ou treinamentos de simulação realística?

NUNCA	RARAMENTE	EVENTUALMENTE	FREQUENTEMEN TE	MUITO FREQUENTE
•	•	•	•	•

12- Com que frequência você realiza ou participa de cursos ou treinamentos com cenários práticos?

NUNCA	RARAMENTE	EVENTUALMENTE	FREQUENTEMENTE	MUITO FREQUENTE
•	•	•	•	•

13- O treinamento ou curso de simulação realística e/ou cenário simulado que você participou era de acordo com as normas e orientações atualizadas do AHA (American Heart Association)?

SIM	NÃO
•	•

14- Você conhece todas as condutas dos protocolos de PCR determinados?

SIM	NÃO
•	•

15- Você aplica todas as condutas dos protocolos de PCR na sua assistência?

SIM	NÃO
•	•

APÊNDICE B

**QUESTIONÁRIO 2 SUBJETIVO REFLEXIVO DE APRENDIZADO
PÓS ATUALIZAÇÃO TEÓRICA**

GRUPO A e B

Questionário pós atualização teórica de manobras de intervenção de uma parada cardiorrespiratória a ser preenchido pelos participantes, de modo que consigam expressar de forma reflexiva seu aprendizado com o treinamento e suas observações ao formato utilizado.

Código de identificação do participante: _____

1- Qual a sua idade? _____

2- Qual o seu gênero?

MASCULINO	FEMININO	OUTRO
•	•	•

3- Qual a sua profissão?

ENFERMEIRO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
•	•

4- Para você é importante a atualização teórica de manobras de intervenção em uma PCR?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

5- Qual a importância de realizar treinamentos teóricos periódicos de atualização de protocolos de PCR?

NÃO É IMPORTANTE	ÀS VEZES É IMPORTANTE	MEDIANA	NÃO SEI	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE
•	•	•	•	•	•

6- Você conseguiu compreender as atualizações dos protocolos?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

7- Você aprendeu novos protocolos, condutas e técnicas de assistência de PCR no treinamento?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

8- Você relembrou conceitos, técnicas e condutas de protocolos que havia esquecido?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

9- Você teve dificuldades com a abordagem do treinamento teórico?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10- Quão satisfeito você ficou com o treinamento teórico?

NADA	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11- Você realizaria outros treinamentos de atualização de protocolos com o método de treinamento teórico?

SIM	NÃO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO 3 SUBJETIVO REFLEXIVO DE APRENDIZADO PÓS ATUALIZAÇÃO PRÁTICA IMERSIVA EM SIMULAÇÃO REALÍSTICA GRUPO B

Questionário pós atualização prática imersiva em simulação realística de manobras de intervenção de uma parada cardiorrespiratória a ser preenchido pelos participantes, de modo que consigam expressar de forma reflexiva seu aprendizado com o treinamento e suas observações ao formato utilizado.

Código de identificação do participante: _____

1- Qual a sua idade? _____

2- Qual o seu gênero?

MASCULINO	FEMININO	OUTRO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3- Qual a sua profissão?

ENFERMEIRO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4- Qual a importância de realizar treinamentos práticos periódicos de atualização de protocolos de PCR?

NÃO É IMPORTANTE	ÀS VEZES É IMPORTANTE	MEDIANA	NÃO SEI	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE
•	•	•	•	•	•

5- Você conseguiu aplicar todas as condutas do protocolo durante a atividade prática?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

6- Você conseguiu exercitar suas habilidades durante a atividade prática (raciocínio rápido, controle emocional, liderança, coordenação de equipe, realização de protocolo, pensamento crítico, etc)?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

7- O treinamento prático te ajudou a fixar, compreender e aplicar melhor os protocolos apresentados na atualização teórica?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

8- Você conseguiu compreender e aprender com o formato de treinamento prático utilizado?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

9- Você teve dificuldades com a abordagem do treinamento prático?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

10- Quão satisfeito você ficou com o treinamento prático?

NADA	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

11- Você realizaria outros treinamentos de atualização de protocolos com o método de treinamentos práticos de simulação realística?

SIM	NÃO
•	•

APÊNDICE D

QUESTIONÁRIO 4 SUBJETIVO REFLEXIVO DE APRENDIZADO PÓS CENÁRIO SIMULADO CONTROLADO POR SIMULAÇÃO REALÍSTICA DE PCR GRUPO A

Questionário pós participação de cenário controlado de simulação realística de caso intra hospitalar de PCR a ser preenchido pelos participantes, de modo que consigam expressar de forma reflexiva seu aprendizado com a cena e suas observações ao formato utilizado.

Código de identificação do participante: _____

1- Qual a sua idade? _____

2- Qual o seu gênero?

MASCULINO	FEMININO	OUTRO
•	•	•

3- Qual a sua profissão?

ENFERMEIRO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
•	•

4- Você conseguiu aplicar todas as condutas do protocolo?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

5- Você conseguiu exercitar suas habilidades (raciocínio rápido, controle emocional, liderança, coordenação de equipe, realização de protocolo, pensamento crítico, etc)?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

6- Você se sentiu preparado para realizar o cenário simulado apenas com a atualização teórica?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

7- Para você o cenário simulado se assemelhou a um fato da realidade?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

8- O cenário simulado forneceu para você mais segurança na sua atuação profissional?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

9- Você conseguiu desenvolver seu aprendizado e raciocínio de uma forma mais eficaz com o cenário simulado?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

10- Você acha que seria mais produtivo para seu aprendizado uma preparação (treinamento) prático antes do cenário simulado?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

11- Quão satisfeito você ficou com a abordagem do cenário simulado?

NADA	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

APÊNDICE E

**QUESTIONÁRIO 4 SUBJETIVO REFLEXIVO DE APRENDIZADO
PÓS CENÁRIO SIMULADO CONTROLADO POR SIMULAÇÃO REALÍSTICA DE
PCR
GRUPO B**

Questionário pós participação de cenário controlado de simulação realística de caso intra hospitalar de PCR a ser preenchido pelos participantes, de modo que consigam expressar de forma reflexiva seu aprendizado com a cena e suas observações ao formato utilizado.

Código de identificação do participante: _____

1- Qual a sua idade? _____

2- Qual o seu gênero?

MASCULINO	FEMININO	OUTRO
•	•	•

3- Qual a sua profissão?

ENFERMEIRO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
•	•

4- Você conseguiu aplicar todas as condutas do protocolo?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

5- Você conseguiu exercitar suas habilidades (raciocínio rápido, controle emocional, liderança, coordenação de equipe, realização de protocolo, pensamento crítico, etc)?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

6- Você se sentiu preparado para realizar o cenário simulado com a atualização teórica e prática?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

7- Para você o cenário simulado se assemelhou a um fato da realidade?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

8- O cenário simulado forneceu para você mais segurança na sua atuação profissional?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

9- Você conseguiu desenvolver seu aprendizado e raciocínio de uma forma mais eficaz com o cenário simulado?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

10- O treinamento prático forneceu para você mais conhecimentos, habilidades e atitudes para aplicar no cenário simulado?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

11- A combinação de atualização teórica, treinamento prático e cenário simulado foram importantes para a sua aprendizagem e aprimoramento da assistência?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

12- Você acha que apenas uma atualização teórica seria suficiente para aplicar os protocolos no cenário simulado?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13- Quão satisfeito você ficou com a abordagem do cenário simulado?

NADA	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

APÊNDICE F

QUESTIONÁRIO 5 SUBJETIVO REFLEXIVO DE APRENDIZADO PROLONGADO PÓS PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA GRUPO A E B

Questionário pós participação nos treinamentos e cenário simulação controlado preenchido pelos participantes, de modo que consigam expressar de forma reflexiva seu aprendizado com as experiências e habilidades desenvolvidas na pesquisa, sua aplicabilidade na realidade e o aprendizado de modo prolongado.

Código de identificação do participante: _____

1- Qual a sua idade? _____

2- Qual o seu gênero?

MASCULINO	FEMININO	OUTRO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3- Qual a sua profissão?

ENFERMEIRO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4- Os treinamentos e o cenário controlado que você vivenciou na pesquisa te auxiliaram na prática assistencial, no cenário real?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5- Você replicou condutas e habilidades desenvolvidas nos treinamentos na prática assistencial, no cenário real?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

6- Você lembra de todas as condutas e protocolos abordados nos treinamentos e cenário simulado?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

7- Você aplica todas as condutas dos protocolos apresentados nos treinamentos na prática assistencial, no cenário real?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

8- Os treinamentos e o cenário simulado te proporcionou mais segurança na prática assistencial, no cenário real?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

9- Você considera que teve um aproveitamento significativo dos conteúdos e condutas abordadas nos treinamentos para aplicar na prática assistencial, cenário real?

NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

10- Quantas paradas cardiorrespiratórias você atuou nos últimos três meses (90 dias)?

0 (zero)	1 a 3	4-6	7-9	10 ou mais
•	•	•	•	•

11- Quantas paradas cardiorrespiratórias que você atuou nos últimos três meses (90 dias) tiveram um desfecho positivo para o paciente (recuperação dos sinais vitais)?

0 (zero)	1 a 3	4-6	7-9	10 ou mais
•	•	•	•	•

12- Quantas paradas cardiorrespiratórias que você atuou nos últimos três meses (90 dias) tiveram um desfecho negativo para o paciente (óbito)?

0 (zero)	1 a 3	4-6	7-9	10 ou mais
•	•	•	•	•

13- Quão satisfeito você ficou com a participação na pesquisa e nos treinamentos ofertados?

NADA	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
•	•	•	•	•

APÊNDICE G

CHECKLIST DE AVALIAÇÃO DE CENÁRIO SIMULADO

Checklist utilizado objetivo utilizado pelos avaliadores (professores convidados da Instituição) durante o cenário simulado para qualificar a assistência em PCR prestada pelos profissionais participantes durante a cena. Os avaliadores não terão conhecimento a qual grupo pertence o profissional avaliado e este, não será identificado, sendo avaliado pelo seu código atribuído durante os treinamentos realizados na pesquisa. Desse modo a assistência será avaliada de forma precisa e científica podendo mensurar de forma qualitativa a assistência dos profissionais enfermeiros em um cenário de simulação realística de PCR.

Preencher as lacunas com (✓) para ação executada e (x) para ação não executada

Checklist: Cenário simulado controlado: PCR em ambiente intra-hospitalar		
Código de Identificação do participante: _____ Data ____/____/____		
1	Checa responsividade, pulso e respiração	•
2	Chama por ajuda e pede o carrinho de emergência	•
3	Inicia a RCP	•
4	Primeira avaliação de ritmo: monitora paciente com as pás manuais	•
5	Avaliações de ritmo posteriores: monitora paciente com eletrodos	•
6	Garante acesso venoso	•
7	Reconhece uma FV	•

8	Reinicia a RCP imediatamente após o choque, começando com compressões torácicas	•
9	Ciclos apropriados de medicamento-verificação de ritmo/choque-RCP	•
10	Administra fármacos e as doses apropriadas	•
11	Verifica o ritmo aproximadamente a cada 2 min enquanto minimiza interrupções em compressões torácicas.	•

PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO NAS ARTROPLASTIAS DE QUADRIL APÓS FRATURA DE FÊMUR NOS PACIENTES DA CIDADE DE FRANCA

Estevão Augusto Barbosa de Moura
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
moura-estevao@hotmail.com

Bruno Finoti Barini
Professor e Mestre em Ciências da Saúde– Uni-FACEF
brunobarini@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

As artroplastias de quadril são o recurso cirúrgico capaz de promover uma grande melhora na qualidade de vida de pacientes que sofrem de acometimentos nesta articulação como trauma e processos degenerativos (SPRINGER; PARVIZI, 2014) (CANALE; BEATY, 2017).

A princípio as artroplastias visavam restaurar o movimento da articulação lesada, contudo, seus resultados não foram promissores, provavelmente devido à falta de técnicas antissépticas e falta de recursos anestésicos (CALLAGHAN; ROSENBERG; RUBASH, [s.d.]). A substituição de uma articulação se baseia em um procedimento invasivo e complexo, para tanto, uma série de técnicas e tipos de próteses diferentes foram testados até que resultados satisfatórios fossem obtidos (CANALE; BEATY, 2017) (CALLAGHAN; ROSENBERG; RUBASH, [s.d.]).

Considerando o contexto histórico das artroplastias de quadril e seus maiores avanços é possível citar um procedimento de artroplastia mais sofisticado foi desenvolvido por Bateman composto por uma prótese bipolar com duas superfícies para a movimentação: a primeira entre o acetábulo e o que ele recobre, como se fosse um “grande copo”, e a segunda entre fêmur e a superfície de polietileno dentro da escavação (CALLAGHAN; ROSENBERG; RUBASH, [s.d.]). Contudo, o sucesso das artroplastias de quadril dependem tanto do tipo de prótese quanto do seu material, assim, a utilização de vários materiais foi realizada na busca de um que pudesse fazer a substituição óssea com sucesso. Neste processo, Marius Nyggard Smith-Petersen obteve sucesso após 15 anos de estudo utilizando Vaitallium, que seria a primeira liga metálica não reativa a ser usada em cirurgia ortopédica (CALLAGHAN; ROSENBERG; RUBASH, [s.d.]).

Mesmo com todos esses estudos, a primeira tentativa de tratar cirurgicamente um quadril foi a pouco mais de 100 anos, e apenas na década de

1960 foi possível a obtenção de bons resultados que de fato devolveriam a qualidade de vida para os pacientes (CALLAGHAN; ROSENBERG; RUBASH, [s.d.]).

Vale ressaltar que como o sucesso na ciência fomenta o aprimoramento, novos materiais e técnicas cirúrgicas estão sendo desenvolvidos para melhor atender os pacientes que sofrem de acometimentos na articulação do quadril, ampliando, assim, o público que pode ser submetido às artroplastias de quadril em prol de um resultado funcional (CANALE; BEATY, 2017) (CALLAGHAN; ROSENBERG; RUBASH, [s.d.]).

As artroplastias de quadril enfrentaram uma série de barreiras até a obtenção de resultados satisfatórios, como uma delas pode-se citar a infecção protética do sítio cirúrgico, seja por falta de técnicas antissépticas, fatores ambientais como o ar da sala cirúrgica ou descuido dos profissionais causando contaminação mesmo com aplicação certa das técnicas antissépticas (OLIVEIRA VON DOLINGER et al., 2010) (CALLAGHAN; ROSENBERG; RUBASH, [s.d.]) (CANALE; BEATY, 2017). A infecção da prótese de quadril pode trazer uma série de desconfortos e problemas para os pacientes que sofrem deste acometimento, começando pelo tratamento que não é nada simples. (FITZGERALD, 1995) (SPRINGER; PARVIZI, 2014).

Mesmo que as taxas de infecção das próteses de quadril não apresentem valores altos, estando próximas a dois por cento, é importante realizar estudos à cerca de seus fatores causais haja vista que a tendência do número de artroplastias é aumentar de forma proporcional à longevidade da população (GOMES, 2019) (SPRINGER; PARVIZI, 2014). Portanto, este estudo visa relacionar variáveis que ainda não foram devidamente exploradas na cidade de Franca quanto à sua possível relação com a prevalência de infecções após a realização da artroplastia de quadril, sendo elas: idade, sexo, intervalo entre internação e cirurgia, tempo de internação e tipo de cirurgia (artroplastia total ou parcial).

Área Prioritária estabelecida pelo Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC): Tecnologias para Qualidade de Vida. A área referida tem como objetivo contribuir para a melhoria da oferta de produtos e serviços essenciais para uma parcela significativa da população brasileira.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Evidenciar a correlação entre a idade, sexo, intervalo entre internação e cirurgia, tempo de internação e tipo de cirurgia (artroplastia total ou parcial) com a prevalência de infecção pós artroplastia de quadril nos pacientes com fratura de colo de fêmur.

2.2 Objetivos Específicos

A partir de prontuários hospitalares de pacientes que foram internados no município de Franca para realização de artroplastia de quadril após fratura de colo de fêmur e apresentaram quadro de infecção pós operatório, é possível realizar um estudo à cerca da prevalência da infecção no pós-cirúrgico e sua correlação com a idade, sexo, intervalo entre internação e cirurgia, tempo de internação e tipo de cirurgia (total ou parcial).

3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa oferece risco que perda de dados de prontuários, danos físicos no material de estudo, quebra do sigilo médico-paciente e divulgação de dados confidenciais. Visando diminuir os riscos a análise do material será realizada dentro da instituição responsável por seu armazenamento, com análises realizadas em um prontuário por vez com máximo cuidado para evitar danos físicos ao material. Para evitar qualquer desconforto ou divulgação de informações confidenciais os dados coletados serão restritos à características físicas dos pacientes sendo vedado o registro qualquer tipo de identificação. O benefício da pesquisa reside em compreender melhor a ocorrência de infecção no pós operatório de artroplastias de quadril por fratura de colo de fêmur no Município de Franca e as variáveis que se relacionam com sua ocorrência.

A pesquisa irá ocorrer mediante a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Uni-FACEF e anuência do presidente da Santa Casa de Misericórdia de Franca.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, observacional e analítico que contará com dados obtidos a partir de prontuários de pacientes internados para realização de artroplastias de quadril devido a fratura de colo de fêmur. Os prontuários de pacientes selecionados para o estudo, serão aqueles que documentaram procedimentos de artroplastias de quadril do dia 25 de Julho de 2016 até 25 de Janeiro de 2023 sendo usados prontuários de pacientes após sua alta ou óbito.

Os pacientes que realizaram o procedimento cirúrgico neste período serão avaliados de acordo com sua idade, sexo, intervalo entre fratura e cirurgia, tempo de internação e se realizaram artroplastia total ou parcial. As variáveis serão avaliadas separadamente com a finalidade de determinar se elas se enquadram como fatores de risco ou não, por exemplo: serão avaliados uma série de pacientes que realizaram a artroplastia de quadril antes e após os 75 anos e, em seguida, faremos um comparativo entre as taxas de infecção protética para descobrirmos se esta complicação ocorre mais em pacientes que realizaram a artroplastia antes ou depois dos 75 anos. Assim, cada uma das variáveis será avaliada separadamente,

levanto em conta os seguintes parâmetros: pacientes com mais de 75 anos; de ambos os sexos observando se existe prevalência em algum deles; pacientes que tiveram um intervalo entre fratura e cirurgia maior que sete dias e pacientes que tiveram um intervalo entre fratura e cirurgia menor que sete dias; paciente com tempo de internação superior a sete dias e paciente com tempo de internação inferior a cinco dias; e, por fim, pacientes que realizaram artroplastia total e pacientes que realizaram artroplastia parcial. Assim, é possível determinar algumas variáveis que irão constituir um grupo com maior risco para o desenvolvimento de infecção protética após o procedimento de artroplastia do quadril.

5 DISCUSSÃO

As artroplastias de quadril são o recurso cirúrgico de maior sucesso quando se trata de promoção de uma maior qualidade de vida para pacientes que sofreram trauma ou que apresentam acometimento articular degenerativo avançado como: artrite, osteonecrose (CANALE; BEATY, 2017; SPRINGER; PARVIZI, 2014). Contudo, como a própria história do desenvolvimento de artroplastia de quadril mostra, este não é um procedimento simples, e deve levar em consideração uma série de fatores, como a biomecânica aplicada, para que a prótese resista às cargas aplicadas sobre a articulação (CANALE; BEATY, 2017) (SPRINGER; PARVIZI, 2014).

No estudo das próteses vários ângulos e tipos diferentes de prótese foram desenhados e testados, todos com a finalidade de promover uma melhor qualidade de vida para os pacientes e aprimorar a técnica cirúrgica e seus resultados (YILMAZ et al., 2022) (CANALE; BEATY, 2017). Assim, ao considerar uma artroplastia de quadril, não é apenas a reconstrução de uma articulação que interessa, mas sim a sua funcionalidade e devolução da qualidade de vida do paciente.

Portanto, o presente estudo irá visar um padrão que possa trazer a história da artroplastia de quadril, os aspectos biomecânicos, os tipos de prótese de quadril, a técnica cirúrgica mais utilizada, os fatores de risco para infecção de prótese, a fisiopatologia da infecção, o diagnóstico da infecção e seu respectivo tratamento. Essa ordem visa trazer o leitor aos conceitos básicos e fisiológicos do quadril, para que em seguida possa compreender os aspectos da infecção e sua abordagem terapêutica.

5.1 História da Artroplastia de Quadril

A artroplastia do quadril é considerada um dos maiores avanços no tratamento de doenças ortopédicas e uma das cirurgias mais feitas no mundo. Seu reconhecimento se deu em grande parte pela rápida recuperação do paciente e

retorno à maioria das atividades de vida diárias sendo considerada a cirurgia ortopédica que apresenta os melhores resultados. (GALIA et al., 2017)

A intensão original na operação chamada de artroplastia era restaurar o movimento de uma articulação que estava anquilosada, e a artroplastia seria então um procedimento realizado para criar ou reconstruir uma articulação. Para isso, várias técnicas foram incrementadas, dentre elas pode-se citar a excisional que consiste na ressecção de superfícies ósseas, ou mesmo a artroplastia de interposição que é o remodelamento da articulação. Além disso, a evolução permitiu que na artroplastia de quadril fosse possível realizar uma artroplastia total, quando tanto o acetábulo como a cabeça do fêmur seriam substituídos, ou uma hemiarthroplastia, na qual apenas a cabeça do fêmur seria substituída. (CALLAGHAN; ROSENBERG; RUBASH, [s.d.]

A artroplastia é um procedimento que oferece ainda mais benefícios para o paciente com algum acometimento articular. Considerando que um dos recursos se basearam na realização da artrodese, que consiste em criar superfícies ósseas esponjosas cruas em cada lado da articulação, a artroplastia molda as extremidades dos ossos para que elas continuem separadas utilizando algum material interposto na tentativa de conservar a articulação (CALLAGHAN; ROSENBERG; RUBASH, [s.d.]

Os fundadores dessa modalidade cirúrgica apareceram no século XIX com a demonstração da tolerância do corpo humano à componentes externos à ele por Themistocles Gluck. A partir disso, estudos com as próteses de quadril foram desenvolvidos por outros estudiosos como Smith-Petersen, estudando próteses recobertas com vidro. Mas a grande evolução no campo da artroplastia de quadril foi com Sir John Charnley com o conceito de artroplastia de baixa fricção com uso de cabeças femorais e associação do polietileno de alto peso molecular com metilmetacrilato. (GALIA et al., 2017)

A partir do sucesso de Charnley, estudos neste campo tomaram maior visibilidade e tentativas de aprimoramento com autores com as técnicas de artroplastia, até então, cimentadas. Contudo, com o passar no tempo e a ocorrência de falhas nas artroplastias, cogitou-se a possibilidade da falha estar ligada ao uso de cimento no procedimento estimulando, assim, o desenvolvimento das próteses não cimentadas. (GALIA et al., 2017)

O início da história das artroplastia com próteses não cimentadas se deu a partir de conceitos fornecidos por Bobyn e Galante, que utilizaram o press fit e a osteointegração como princípios entre o osso e o implante, dispensando a necessidade do uso do cimento. Este tipo de fixação ficou conhecido como fixação biológica, e apesar dos diversos avanços que ocorreram na área a busca por seus aprimoramentos são constantes. (GALIA et al., 2017)

5.2 Biomecânica do Quadril

O quadril é uma das articulações que possui uma ampla variedade de movimentos e consegue se deslocar no plano sagital, frontal e transversal realizando, respectivamente, os movimentos de flexão e extensão, Abdução e adução, e por fim rotação interna e rotação externa (KEITH L; ARTHUR F; ANNE M R, 2014) (VILELA JUNIOR et al., 2022). A musculatura que realiza os movimentos e que estabiliza a articulação do quadril é composta por quatro grupos musculares, principalmente, sendo eles os glúteos, adutores, iliopsoas e rotadores (KEITH L; ARTHUR F; ANNE M R, 2014) (VILELA JUNIOR et al., 2022). Vale ressaltar, que os glúteos médio e mínimo participam da musculatura abduutora, e anormalidades na musculatura podem causar compensações musculares como é o caso da marcha de Trendelenburg compensada, na qual o paciente ao caminhar apresenta a insuficiência do glúteo médio e por apresenta uma certa claudicação, também recebendo o nome de claudicação do glúteo médio (DONALD A, 2010) (VILELA JUNIOR et al., 2022).

Além da avaliação dos movimentos realizados pelo quadril, é necessário um estudo à cerca das cargas que atuam sobre ele, pois ao falar de uma artroplastia de quadril a prótese desenvolvida deve ser capaz de sustentar as forças que atuam no quadril. A articulação do quadril sofre ação de duas principais forças: o peso corporal e a força dos abdutores sobre a articulação. O peso corporal exerce uma força sobre a alavanca que vai do centro de gravidade do corpo (cicatriz umbilical) até a cabeça do fêmur; enquanto os abdutores exercem uma força na alavanca que age na face lateral do trocanter maior até o centro da cabeça do fêmur, contrabalaneando a alavanca pelo impulso dos abdutores em uma alavanca mais curta possibilitando a marcha. (CANALE; BEATY, 2017).

Tomando conhecimento dos movimentos, músculos e forças que atuam no quadril foi possível evidenciar que em um paciente em apoio monopodálico a força resultante média na cabeça do fêmur variou de 205% a 233% em relação ao peso corporal (VILELA JUNIOR et al., 2022). Por isso, algumas bibliografias recomendam que os componentes usados na artroplastia de quadril devem suportar uma carga cíclica de pelo menos três vezes o peso do corpo (CANALE; BEATY, 2017). Sendo assim, estudos que abordavam o tamanho, posição e angulação das próteses de quadril e seu impacto na biomecânica do quadril para obtenção de melhores resultados foram desenvolvidos (YILMAZ et al., 2022) (CANALE; BEATY, 2017).

No estudo das transferências de forças para as próteses vários conceitos foram propostos, dentre eles o conceito de Charnley que se baseou no encurtamento da alavanca do peso corporal pelo aprofundamento do acetábulo e alongamento do braço de alavanca do mecanismo abductor com uma lateralização do trocanter maior, pode-se ainda pensar ainda em uma medialização do acetábulo e utilização de um colo com desvio maior tensionando a musculatura abduutora. Algumas bibliografias ainda trazem um impacto ainda maior no quadril quando se trata da realização de exercícios físicos mais intenso como levantamento de peso,

saltos e corridas que podem causar uma sobrecarga articular de até dez vezes o peso corporal, podendo causar afrouxamento, rompimento ou torção da haste. (CANALE; BEATY, 2017)

Portanto, a prótese deve ser avaliada de acordo com sua resistência, intensidade, geometria e orientação das forças aplicadas de acordo com suas angulações são parâmetros que ajudam na escolha da prótese, haja vista que no próprio estudo de Spinelle foi observada a relação entre o pescoço da prótese e a distribuição da força aplicada sobre a articulação (E M M; B F T; J K, 2010) (SOUZA DA COSTA, 2017).

5.3 Tipos de Prótese de Quadril

As próteses de quadril podem ser divididas basicamente em dois grupos de acordo com sua forma de fixação, assim, as próteses podem ser cimentadas ou não cimentadas. O cimento ósseo (polimetilmetacrilato-PMA) tem um módulo de elasticidade muito próximo ao do osso tornando-o resistente às forças compressivas, mas não às forças de cisalhamento. (GALIA et al., 2017)

No caso dos implantes não cimentados, sua fixação é biológica baseada na deposição óssea próximo à prótese. Para que isso ocorra, várias superfícies de implantes foram testadas para avaliar como as formas e marcas na haste influenciam no crescimento ósseo ao redor da prótese (CANALE; BEATY, 2017).

Vários tipos de prótese podem ser utilizados na artroplastia de acordo com a necessidade do paciente. Podem ser utilizadas desde as próteses prontas até as próteses específicas que podem ser moldadas de acordo com o paciente, sendo conhecidas como próteses personalizadas (FERREIRA GREGOLIN et al., [s.d.]) (PIMENTEL et al., 2022).

As próteses de quadril além de apresentarem diferenças em suas angulações, tamanhos e tipos ainda variam de acordo com seu material, que por sua vez influencia na resistência, tempo de duração e riscos para o paciente como a liberação de metais pelo atrito protético trazendo consequências para a saúde (CANALE; BEATY, 2017). Assim, diversos materiais podem ser utilizados nas artroplastias de quadril como o Polietileno, metal e a cerâmica (SCHWARTSMANN et al., [s.d.]).

5.4 Realização da Cirurgia

Para as artroplastias de quadril existe um consenso e um padrão que serão seguidos para determinar, desde o preparo do paciente para a cirurgia até o pós-operatório (CANALE; BEATY, 2017).

5.4.1 Planejamento Pré-Operatório

O paciente sempre deve passar por uma avaliação pré-operatória para verificação de suas condições de saúde, haja vista que o prognóstico do paciente pode se relacionar diretamente com suas comorbidades principalmente se elas representarem doenças cardiopulmonares, infecções e tromboembolismos. Vale ressaltar que nos exames pré-operatórios o paciente deve suspender uso de medicamentos anticoagulantes e antiplaquetares para que os exames ofereçam valores fidedignos e para que seja possível minimizar o sangramento intra operatório. No caso do paciente apresentar histórico de cirurgia de drenagem de pus no quadril ou outros indicativos de infecção é importante realizar exames como Proteína-C reativa (PCR) e Velocidade de Hemossedimentação (VHS). (CANALE; BEATY, 2017)

Assim como nas demais especialidades, não se pode subestimar o exame físico do paciente sempre lembrando de realizar a palpação do quadril para revelar áreas sensíveis ou tecidos moles. Também é de suma importância verificar a aptidão da musculatura e de contraturas do quadril com testes como o teste de Trendelenburg, Thomas, Ober, abdução, adução entre vários outros (HOPPENFELD, [s.d.]) (CANALE; BEATY, 2017).

Ainda no pré-operatório é necessário determinar algumas medidas que serão utilizadas na escolha da prótese de quadril que será utilizada, para isso, deve-se realizar uma radiografia em no mínimo duas incidências, sendo elas uma vista anteroposterior da pelve mostrando o fêmur proximal e a vista lateral do quadril (CANALE; BEATY, 2017). As informações que serão extraídas da radiografia para determinar as dimensões da prótese se basearão principalmente no offset, que por definição é a distância do centro de rotação da cabeça femoral até uma linha que divide o eixo longo do fêmur (LECERF et al., 2009) (CANALE; BEATY, 2017).

Em um estudo realizado no hospital Mário Covas da Faculdade de Medicina do ABC a técnica utilizada para realizar a medição sem custo adicional no procedimento pode ser realizada utilizando uma sobreposição da transparência acetabular sobre o quadril normal e os parâmetros foram a gota de lágrima e a linha ilioisquiática de Kohler. O primeiro passo na avaliação da radiografia pélvica em incidência anteroposterior (AP) é marcar onde fica o centro de rotação, em seguida ele deve ser transferido para o lado a ser operado utilizando três linhas de referência: Linha Hilgheimer que passa pelo limite inferior das gotas de lágrima, Linha V1 passando pela borda lateral do lado normal da gota de lágrima perpendicular até encontrar a linha H e Linha V2 que passa pelo bordo lateral do lado a ser operado da gota de lágrima de forma perpendicular até cruzar a linha H. (MIASHIRO et al., 2014)

Realizada a transferência para o lado a ser operado, deve-se definir quatro distâncias em milímetros: Uma distância X entre o centro de rotação do lado normal e V1 e uma distância Y entre o centro de rotação do lado normal e a linha H; em seguida a medida X' e Y' serão determinadas, a X' deve ter o mesmo tamanho da distância X e seu início é em V2, a distância Y' deve ter o mesmo tamanho da

distância Y e seu início é em H; por fim o ponto de cruzamento entre X' e Y' será o centro de rotação do lado a ser submetido à artroplastia de quadril. (MIASHIRO et al., 2014)

Por fim, o valor de offset femoral e valor de offset da prótese devem buscar um equilíbrio de forma que a prótese escolhida deve ter o offset mais próximo possível do lado não acometido (MIASHIRO et al., 2014). Já existem métodos de planejamento cirúrgico por radiografias digitais que tem uma precisão mais elevada, mas no Brasil elas não fazem parte da rotina (EGGLI; PISAN, 1998) (MIASHIRO et al., 2014).

5.4.2 Vias de Acesso

É imprescindível avaliar a melhor via de acesso à articulação para em seguida dar início ao procedimento, e no quadril muitas opções de acesso estão disponíveis, entre elas: Acesso iliofemoral anterior, acesso anterior utilizando incisão transversal, acesso iliofemoral anterolateral modificado ao quadril, acesso lateral ao quadril, acesso lateral para extensa exposição do quadril, acesso lateral ao quadril preservando o glúteo médio, acesso lateral transglúteo ao quadril, acesso posterolateral, acesso posterior ao quadril e acesso medial ao quadril (CANALE; BEATY, 2017). De todas essas opções, existem três acessos que são os mais utilizados pelos cirurgiões, sendo eles: anterolateral, lateral e posterior ou de Moore. (GALIA et al., 2017).

A via de acesso posterior se tornou popular por fatores como facilidade de exposição do acetábulo e canal femoral, amenizar os riscos de lesão do aparelho abdutor e menores riscos de ocorrência de trombose venosa profunda (TVP) (GALIA et al., 2017). Comparando a via de acesso posterior com a via de acesso anterior é possível perceber que a via de acesso anterior se relaciona com uma recuperação mais acelerada e escores funcionais mais altos, ao passo que a via de acesso posterior se relaciona com menores taxas de complicação, menor tempo operatório e recuperação funcional semelhante, mesmo que mais demorada (FAGOTTI et al., 2021).

5.4.3 Técnica Cirúrgica

Realizado o preparo do paciente no pré-operatório e adotando a via de acesso posterolateral com deslocamento posterior do quadril, deve-se seguir rigorosamente a técnica cirúrgica: Paciente em decúbito lateral realizando uma incisão sobre o trocanter maior; divida os tecidos subcutâneos até chegar à fáscia do glúteo máximo; divida o glúteo máximo e coagule vasos dentro do músculo; disseque as margens anteriores e posteriores; divida a bolsa trocantérica e movimente-a posteriormente; flexione o joelho e realize rotação interna do quadril; divida os rotadores externos curtos; insira um pino de Steinmann no ílio para realizar

a medida do comprimento da perna, desloque o quadril posteriormente realizando flexão, adução e rotação interna; direcione o fêmur para a incisão; exponha o trocanter menor; alinhe a haste de teste com o centro da diáfise femoral; realize a osteotomia e remova a cabeça femoral. (CANALE; BEATY, 2017)

Em seguida, deve-se expor e preparar o acetábulo seguindo a determinada técnica: Isole a cápsula anterior; recue o fêmur anteriormente; retraia o tecido mole posterior; retraia o fêmur anterior e medialmente, rotacionando-o ligeiramente para determinar a posição que proporciona melhor acesso ao acetábulo; exponha as margens ósseas de todo o acetábulo; realize excisão do ligamento redondo e faça curetagem de tecidos moles remanescentes; prepare o acetábulo; retraia o fêmur para inserir os alargadores; irrigue o acetábulo constantemente; exponha o leito do osso subcondral; preencha cavidades com osso esponjoso e por fim realize o implante do componente.(CANALE; BEATY, 2017)

Após a realização do acesso chega o momento da implantação da prótese que pode ser cimentada ou não cimentada, e em alguns casos de artroplastia total pode-se realizar a artroplastia híbrida que conta com um componente cimentado e outro não cimentado (GALIA et al., 2017). A técnica cirúrgica irá sofrer variações de acordo com o tipo de prótese escolhida (CANALE; BEATY, 2017).

Na técnica cirúrgica de implantação de componentes acetabulares não cimentados, deve-se realizar o procedimento na seguinte ordem: Exponha o acetábulo; realize a excisão de tecidos moles adjacentes; fixe o componente acetabular ao posicionador acetabular; posicione a cúpula em anteversão de dez a quinze graus se o componente femoral for anatômico; examine a placa de osso subcondral para garantir o contato entre o implante e o osso; coloque os parafusos no quadrante posterossuperior; teste a estatibilidade do componente; irrigue resíduos no dentro do escudo metálico e finalize inserindo o revestimento de polietileno. (CANALE; BEATY, 2017) (ALBUQUERQUE; CEZAR; ALBUQUERQUE, [s.d.]

No caso de componentes acetabulares cimentados: obtenha exposição circunferencial do acetábulo; retraia o fêmur anteriormente; posicione o implante; perfure orifícios no componente subcondral para penetração do cimento; obstrua perfurações na parede medial; realize a curetagem de ossos soltos nos orifícios; seque o acetábulo e promova hemostasia; misture o cimento; seque o acetábulo e realize a sucção dos orifícios de fixação após a injeção do cimento; coloque a porção de cimento e cada um dos orifícios com o dedo; insira o componente acetabular utilizando o posicionador; mantenha o posicionador imóvel para o início da polimerização do cimento; após o cimento enrijecer verifique a estabilidade da cúpula e por fim remova osteócitos e cimentos residuais. (CANALE; BEATY, 2017)

Para exposição e preparação do fêmur deve-se realizar a rotação interna do membro para que a tíbia esteja perpendicular ao assoalho, em seguida permita que o joelho siga em direção ao solo e empurre o fêmur no sentido proximal.

Para que a exposição do fêmur seja efetiva, use um retrator plano e alavanque o fêmur para cima. (CANALE; BEATY, 2017)

No procedimento de implantação de componentes femorais não cimentados a técnica deve seguir o seguinte padrão: exposição do fêmur; insira a fresa na fossa piriforme para realizar alargamento da diáfise; prossiga com a preparação do fêmur proximal remova resíduos de osso esponjoso na face medial do colo; inicie a raspagem com a raspa no mesmo alinhamento das freas axiais; remova a quantidade adequada de osso e rotacione a raspa p controlar anteversão; alinhe a raspa com o eixo femoral do paciente; prossiga com raspas precisamente maiores; assente a ultima raspa onde ela esteja estável no canal; avalie a estabilidade da raspa dentro do canal; se a estabilidade estiver adequada faça o ajuste final do corte no colo; selecione o colo de teste determinado no pré-opertorio; irrigue resíduos no acetábulo; tracione a extremidade do quadril em leve flexão utilize um pressionador de plástico para auxiliar no encaixe da prótese; avalie o comprimento do membro e offset femoral e avalie a ampla gama de movimentos do quadril para averiguar o funcionamento da prótese. (CANALE; BEATY, 2017) (ALBUQUERQUE; CEZAR; ALBUQUERQUE, [s.d.]

Na implantação de componente femoral cimentado deve-se realizar: exposição do fêmur; introdução de uma fresa cônica para localizar o canal meduar; inicie o procedimento com a menor raspa possível; aumente a raspa progressivamente até atingir a maior raspa que pode ser usada na porção proximal; selecione o colo com comprimento marcado e monte o componente teste; realize a redução do teste como feito no procedimento do componente femoral não cimentado; após a verificação do tamanho da prótese remova o osso esponjoso remanescente solto no fêmur; realize a oclusão do canal femoral distal até a extremidade antecipada da haste; determine o diâmetro do canal e insira o restritor de cimento; após a inserção do restritor insira a raspa da haste teste novamente para verificação do restritor; alternativamente faça um tampão de osso removido da cabeça ou do colo femoral; Realize a oclusão de canais com tampões de PMA; após a oclusão do canal femoral irrigue-o para remover resíduos soltos; seque o canal; monte a haste e seus espaçadores com muito cuidado para que não ocorra contaminação com sangue ou resíduos; troque as luvas externas e misture o cimento; utilize a pistola injetora para deposição adequada do cimento; coloque uma compressa no acetábulo e tecido mole adjacente para que o cimento não escape; pressurize o cimento corretamente; remova o dispositivo de pressurização; determine o grau de anteversão e posição mediolateral da haste antes de inseri-la; comece a inserção do componente manualmente e finalize com um impactador de cabeça de plástico e martelo; reproduza a posição do anel de teste para auxiliar no alinhamento da haste; conforme o cimento fica pastoso remova-o das margens da prótese; remova os fragmentos adicionais depois de o cimento enrijecer e finalize limpando os resíduos de cimento e reparando os tecidos moles (CANALE; BEATY, 2017).

Técnicas minimamente invasivas estão se tornando cada vez mais promissoras e vem demonstrando bons resultados na cirurgia de quadril, possivelmente podem representar um futuro promissor para a cirurgia de quadril.(VICENTE et al., 2015) (RICARDO NEGREIROS VICENTE; CROCI TESCONI; PIRES DE CAMARGO, 2008).

5.5 Fatores de Risco para Infecção de Prótese

As infecções de prótese de quadril podem ser provenientes de vários locais como, por exemplo, a via hematogênica, falhas na prática cirúrgica realizada por cirurgiões menos experientes, falha na antisepsia e pelo ar da sala do sítio cirúrgico(ERIKSSON; LAZARINIS, 2022) (OLIVEIRA VON DOLINGER et al., 2010) (CANALE; BEATY, 2017). Justamente por esse motivo que se faz necessário uma análise dos fatores que se relacionam com a infecção de prótese para, enfim, definir os fatores de risco de cada paciente e quais deles são modificáveis (ERIKSSON; LAZARINIS, 2022).

Alguns estudos já correlacionaram a ocorrência de infecção protética com algumas comorbidades dos pacientes como: artrite reumatoide, obesidade, tabagismo, sexo masculino, abuso de álcool, pontuação maior que dois no escore de Sociedade Americana de anesthesiologistas (ASA) e diabetes mellitus foram apontados como fatores de risco para infecção protética mas não foram confirmados para fator de risco para infecção superficial, que por sua vez pode evoluir para infecção protética (ERIKSSON; LAZARINIS, 2022).

Para maior compreensão da avaliação realizada pelos pacientes se faz necessário o conhecimento do score ASA e o que ele avalia. A escala avalia o estado físico do paciente para estimar de forma subjetiva suas condições antes da realização de um procedimento cirúrgico classificando o paciente em basicamente seis pontuações: escore um corresponde ao paciente saudável; escore dois paciente com doença sistêmica leve; escore três seria o paciente com doença sistêmica grave; escore quatro o paciente com doença sistêmica grave com ameaça constante à vida; paciente escore cinco é aquele paciente que não se espera sobreviva sem que ele passe por um procedimento; o escore seis é reservado para aqueles pacientes com morte cerebral declarada, cujos órgãos estão sendo retirados para doação. (SANKAR et al., 2014)

5.6 Fisiopatologia da Infecção Protética

As infecções protéticas podem estar relacionadas com diversos mecanismos fisiopatológicos. E para iniciar o raciocínio, deve-se primeiro pensar quais os possíveis fatores de risco e em seguida por qual mecanismo os microorganismos atingem a articulação.

Contudo, algumas bibliografias consideram trazer alguns novos complementos e possíveis caminhos que podem ser tomados até que as bactérias

atinjam a prótese, assim, no livro de Cirurgia Ortopédica os fatores que poderiam conduzir os organismos à prótese são apontados como: contaminação direta na incisão na cirurgia; propagação local de infecção superficial no início do período pós-operatório; propagação hematogênica de colônias distantes; e reativação de uma infecção latente. (CANALE; BEATY, 2017)

Durante a realização da cirurgia a própria inserção do implante já representa um fator de risco para a infecção, além disso, estudos comprovam que a presença da prótese articular leva a um prejuízo na função dos granulócitos locais que são degranulados ao redor do implante com prejuízo na produção de superóxido desmutase e, conseqüentemente, na capacidade de defender o organismo contra as bactérias (LEI; LIMA; DOMINGOS DE OLIVEIRA, 2010) (SPRINGER; PARVIZI, 2014). Contudo, mesmo com essa maior facilidade de implantação de bactérias no local da prótese a infecção parece guardar relação com a capacidade das bactérias de produzirem adesinas de superfície protética com proteínas hospedeiras como colágeno, fibronectina e fibrinogênio (SPRINGER; PARVIZI, 2014).

Quando esses organismos conseguem atingir a articulação eles formam uma comunidade de bactérias envolta em matriz que irá determinar a formação do biofilme, que, por sua vez, protege as bactérias dos antimicrobianos naturais do corpo humano e do sistema imunológico do hospedeiro. O biofilme geralmente é composto por polissacarídeos, proteínas e DNA extracelular com uma matriz variável e dinâmica. (SPRINGER; PARVIZI, 2014)

As bactérias que se desenvolvem dentro do biofilme são menos metabolicamente ativas constituindo colônias, com características mais anaeróbicas e a maioria se apresentando em um estado semelhante ao estado estacionário, que apresentam uma transcrição, tradução e divisão celular são mais reduzidos tornando-as menos susceptíveis aos antimicrobianos. Dentro deste contexto, o uso da amplificação por proteína-C reativa (PCR) do gene 16S rRNA tem sido utilizada para identificar bactérias na superfície de articulações protéticas em articulação do quadril clinicamente infectadas e não infectadas. (SPRINGER; PARVIZI, 2014)

5.7 Diagnóstico da Infecção Protética

O diagnóstico do paciente com infecção protética deve levar em consideração o quadro clínico e os exames laboratoriais do paciente incluindo aspiração do conteúdo articular para avaliação de seu aspecto e celularidade. Contudo, mesmo que o quadro clínico do paciente tem uma baixa sensibilidade e especificidade ele precisa ser avaliado para que o quadro sindrômico do paciente possa ser mais facilmente reconhecido. Assim, os sinais e sintomas que mais se relacionam com a falha na reconstrução protética por infecção podem ser: Dor, febre, efusão articular, edema articular, calor local, hiperemia, retardo na cicatrização, fístula cutânea envolvendo a articulação, abscesso, presença de necrose, rigidez articular ou redução na amplitude de movimentos. (WU et al., 2022)

Quando se trata do diagnóstico laboratorial da infecção é possível lançar mão de uma ampla gama de exames, dentre eles: Proteína-C reativa (PCR); Velocidade de Hemossedimentação (VHS); Fibrinogênio Plasmático; e Dímero-D. Contudo, alguns destes exames devem ser avaliados com certa cautela principalmente por serem os mais utilizados na rotina da investigação de infecção, sendo eles o VHS e o PCR. (WU et al., 2022)

Alguns estudos um pouco mais antigos já traziam o estudo da proteína-C reativa e da velocidade de hemossedimentação como parâmetros diagnósticos para infecção articular mesmo que em revisões de artroplastias (FITZGERALD, 1995). No entanto, o VHS pode ser mais útil na avaliação de infecções crônicas por poder levar até três meses passados da cirurgia para retomar seus valores normais; na mesma linha de raciocínio, o PCR só trará valores mais fidedignos após três ou quatro semanas passados do procedimento (GOMES, 2019).

Ainda não é possível estabelecer um padrão-ouro para diagnosticar a infecção protética e por esse motivo o número de falhas de tratamento pode vir a subir. Portanto, na dificuldade de estabelecer um padrão-ouro para o diagnóstico de infecção articular protética, a melhor forma de combatê-la se faz na prevenção da infecção. (GOMES, 2019)

5.8 Tratamento da Infecção Protética

O tratamento para a infecção de prótese de quadril deve considerar primeiramente a classificação da infecção entre aguda ou tardia, assim: a infecção aguda é aquela que se dá nas primeiras três semanas do pós-operatório, e a infecção tardia é aquela que se manifesta após três semanas da infecção. Após a classificação deve-se dar início ao tratamento, que consiste basicamente em desbridamento local, revisão da artroplastia, lavagem de tecidos moles e troca do forro de polietileno incluindo a preservação da prótese infectada. (SPRINGER; PARVIZI, 2014)

Os recursos cirúrgicos à cerca do tratamento para a infecção protética giram em torno da revisão em um único estágio ou em dois estágios, e a diferença básica seria a retirada e a substituição da prótese em um único procedimento ou, a retirada da prótese infectada em um procedimento cirúrgico seguido de outra cirurgia a ser marcada para a administração de uma nova prótese (FITZGERALD, 1995) (SPRINGER; PARVIZI, 2014). Apesar de a infecção protética receber atenção dos infectologistas e ortopedistas mundialmente, ainda não se tem um padrão ouro para infecção de prótese de quadril (UNFRIED et al., [s.d.]).

5.8.1 Revisão em um único estágio

A abordagem em um único estágio é raramente usada na ortopedia apesar de suas vantagens como antibioticoterapia sistêmica reduzida, menor tempo

de internação, apenas um procedimento cirúrgico entre outros. Obviamente o procedimento é dependente da infraestrutura dos hospitais, mas pode ser considerado uma boa alternativa para aqueles que dominam a técnica. (SPRINGER; PARVIZI, 2014)

Antes do início do procedimento o paciente precisa de uma preparação e planejamento pré-operatório com cultura bacteriana positiva e antibiograma. Como riscos deste procedimento cirúrgico, vale ressaltar o risco de reinfecção que aumenta para 10 a 15%, bem superior ao risco de infecção no caso da primeira cirurgia para colocada de implante que fica em torno dos dois por cento.(SPRINGER; PARVIZI, 2014)

Para realização da cirurgia é importante ressaltar as etapas da técnica de incisão e desbridamento da pele, sendo assim o profissional deve se atentar a: extirpação de cicatrizes antigas; coleta de cinco a seis amostras devem ser coletadas em todas as áreas relevantes do local para avaliação microbiológica e histológica; e posteriormente deve-se administrar os antibióticos por via sistêmica. (SPRINGER; PARVIZI, 2014)

Logo após a incisão, a próxima etapa é a remoção do implante e finalização do desbridamento e para esta etapa é importante ressaltar que: componentes cimentados costumam ser menos lesivos para o osso remanescente que as próteses não cimentadas; o desbridamento geral do osso e dos tecidos moles posteriores deve ser o mais radical possível incluindo todas as áreas de osteólise e osso inviável; deve-se realizar lavagem pulsátil durante todo o procedimento; a equipe deve usar novos equipamentos para a administração do implante; e deve-se realizar uma segunda dose de antibióticos após 1,5h da operação ou se a perda de sangue neste momento exceder um litro. (SPRINGER; PARVIZI, 2014)

Seguindo o curso do procedimento, realiza-se o reimplante seguindo alguns critérios: administração de aloenxertos ou ALAC para corrigir grandes defeitos ósseos e alternativamente podem ser usados cunhas acetabulares, cones femorais ou tibiais; a administração de antibióticos pode causar alteração na polimerização óssea acelerando o crescimento ósseo, portanto seus efeitos de uso devem ser considerados. Por fim, no contexto pós-operatório, o uso de antibióticos sistêmicos é seguido de 10 a 14 dias. (SPRINGER; PARVIZI, 2014)

5.8.2 Revisão em dois estágios

Ao contrário da revisão em um estágio, esta modalidade distingue o desbridamento e reimplante em duas cirurgias distintas divididas por até doze semanas para permitir a antibioticoterapia local e sistêmica e a verificação da erradicação da infecção. A artroplastia em dois estágios pode usar tanto os espaçadores estáticos quanto os espaçadores dinâmicos, apesar dos espaçadores estáticos terem um longo histórico de sucesso com os pacientes que realizaram a

artroplastia de quadril, os espaçadores dinâmicos tem uma maior preferência por parte dos profissionais de saúde por sua capacidade de prover o paciente alguma função da articulação do quadril. (SPRINGER; PARVIZI, 2014)

Este procedimento conta com desbridamento cirúrgico e remoção dos implantes assim como a revisão em um único estágio, contudo, algumas etapas a mais são utilizadas na revisão em dois estágios. Entre essas etapas pode-se citar a construção e inserção do espaçador ósseo que juntamente com o desbridamento e remoção do implante constituem a primeira cirurgia; em seguida vem o período entre fases no qual o paciente irá se beneficiar de antibioticoterapia sistêmica por 6 semanas e exames laboratoriais como proteína-C reativa (PCR) e velocidade de hemossedimentação (VHS) são avaliados para acompanhar a diminuição da inflamação. Passado o período da antibioticoterapia o paciente segue em observação realizando exames como PCR, VHS e até mesmo aspiração da articulação para contagem de células visando acompanhamento do paciente. Terminada a primeira fase do procedimento em duas etapas o paciente irá realizar uma nova cirurgia, segunda fase, para realização do reimplante. (SPRINGER; PARVIZI, 2014)

6 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

Como já abordado anteriormente, o foco das artroplastias é evoluir a funcionalidade de uma articulação acometida por trauma ou processos degenerativos. E para isso, todo um estudo de biomecânica foi realizado à cerca da importância das funções de um quadril preservado considerando as musculaturas que atuam sobre ele, os movimentos que a articulação realiza e acima de tudo, a carga sobre a articulação. Estes fatores foram de grande importância para que fosse possível testar materiais, ângulos, tamanhos e técnicas de implantação da prótese para que ela fosse o mais semelhante possível da articulação original.

A cirurgia, como foi tratada anteriormente, pode ser realizada por diversos tipos de acessos e técnicas diferentes, sempre avaliando as condições do paciente e a experiência do profissional para a realização do melhor procedimento possível. Estudos à cerca dos diferentes acessos, seus pontos positivos, negativos e consequências para os pacientes foram de suma importância para que fosse possível optar por uma via de acesso que fosse mais favorável ao prognóstico do paciente e que causasse menores complicações.

A compreensão dos fatores de risco e cálculos de escores como o escore ASA são de suma importância na avaliação do paciente e seus riscos de desenvolver uma infecção protética. Assim, através do estudo dos fatores de risco é possível questionar uma possível infecção protética, em caso de quadro clínico sugestivo, e solicitar exames laboratoriais que possam otimizar o diagnóstico precoce do paciente.

Além do conhecimento dos fatores de risco que o paciente possui, a fisiopatologia da infecção bacteriana impacta na decisão terapêutica, principalmente por se relacionar com a formação do biofilme que atua protegendo as bactérias dos anticorpos do hospedeiro e dos antibióticos sistêmicos. A partir dessas avaliações o médico pode optar pela melhor alternativa terapêutica como as revisões de artroplastias, além de considerar o reimplante em um ou dois estágios, levando em conta a estrutura do local de trabalho, sua experiência e preferência.

Em suma, de acordo com os pontos elencados e estudos considerados para elaboração deste Relatório Parcial, foi possível questionar alguns fatores de risco que se relacionam diretamente com a prevalência de infecções articulares em próteses de quadril. Contudo, estudos nesta área ainda se fazem necessários para avaliar se outras variáveis, que não foram abordados nos estudos selecionados para construção deste Relatório Parcial, também impactam na maior prevalência de infecção protética.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, H.; CEZAR, P.; ALBUQUERQUE, V. C. Artroplastia total do quadril com prótese não cimentada. [s.l.: s.n.].

CALLAGHAN, J. J.; ROSENBERG, A. G.; RUBASH, H. E. The Adult Hip Hip Arthroplasty Surgery_2017. 3. ed. [s.l.: s.n.].

CANALE, S. T.; BEATY, J. H. Campbell Cirurgia Ortopédica. [s.l.] Elsevier Editora Ltda, 2017. v. 1

DONALD A, NEUMANN. Neumann - Kinesiology of the musculoskeletal system 2ed 2010. 2. ed. [s.l.: s.n.].

E M M, F.; B F T, M.; J K, N. RESISTÊNCIA BIOMECÂNICA DA EXTREMIDADE PROXIMAL EM FÊMURES DO MESMO GÊNERO E DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS. Revista da Associação Portuguesa de Análise Experimental de Tensões, 2010.

EGGLI, S.; PISAN, M. The value of preoperative planning for total hip arthroplasty. THE JOURNAL OF BONE AND JOINT SURGERY, 1998.

ERIKSSON, H. K.; LAZARINIS, S. Patient-related factors associated with superficial surgical site infection and progression to a periprosthetic joint infection after elective primary total joint arthroplasty: a single-centre, retrospective study in Sweden. BMJ open, v. 12, n. 9, p. e060754, 19 set. 2022.

FAGOTTI, L. et al. Posterior Versus Anterior Approach To Total Hip Arthroplasty: A Systematic Review And Metaanalysis Of Randomized Controlled Trials. Acta Ortopedica Brasileira, v. 29, n. 6, p. 297–303, 2021.

FERREIRA GREGOLIN, R. et al. GERAÇÃO DE IMAGEM TRIDIMENSIONAL BIOMECÂNICA PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE IMPLANTES PERSONALIZADOS EM LIGA DE TITÂNIO. [s.l: s.n.].

FITZGERALD, R. H. Infected Total Hip Arthroplasty: Diagnosis and Treatment. [s.l: s.n.].

GALIA, C. R. et al. Atualização em artroplastia total de quadril: uma técnica ainda em desenvolvimento. Revista Brasileira de Ortopedia, v. 52, n. 5, p. 521–527, 1 set. 2017.

GOMES, L. S. M. Diagnóstico precoce da infecção articular periprotética do quadril – situação atual, avanços e perspectivas. Revista Brasileira de Ortopedia, v. 54, n. 04, p. 368–376, jul. 2019.

HOPPENFELD, S. Propedêutica Ortopédica. [s.l: s.n.]. v. 1

KEITH L, M.; ARTHUR F, D.; ANNE M R, A. Anatomia Orientada para a Clínica - 7a Ed. Moore. 7. ed. [s.l.] EDITORA GUANABARA KOOGAN LTDA, 2014.

LECERF, G. et al. Femoral offset: Anatomical concept, definition, assessment, implications for preoperative templating and hip arthroplasty. Orthopaedics and Traumatology: Surgery and Research, maio 2009.

LEI, A. L.; LIMA, M.; DOMINGOS DE OLIVEIRA, P. R. ATUALIZAÇÃO EM INFECÇÕES EM PRÓTESES ARTICULARES Rev Bras Ortop. [s.l: s.n.].

MIASHIRO, E. H. et al. Planejamento pré-operatório de artroplastias totais primárias de quadril com o uso de radiografias convencionais. Revista Brasileira de Ortopedia, v. 49, n. 2, p. 140–148, 2014.

OLIVEIRA VON DOLINGER, E. J. et al. Contaminação do ar em salas cirúrgicas durante cirurgias de artroplastias total de quadril e joelho, hemiarthroplastias e osteossínteses no centro cirúrgico de um hospital brasileiro. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, p. 584–587, 2010.

PIMENTEL, D. C. DA S. et al. Desenvolvimento de órtese personalizada de baixo custo para facilitação da marcha em pacientes com espasticidade em adutores do quadril. Research, Society and Development, v. 11, n. 8, p. e55111831292, 29 jun. 2022.

RICARDO NEGREIROS VICENTE, J.; CROCI TESCONI, A.; PIRES DE CAMARGO, O. RESTAURAÇÃO DO CENTRO DE ROTAÇÃO NA ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL MINIMAMENTE INVASIVA. 2008.

SANKAR, A. et al. Reliability of the American Society of Anesthesiologists physical status scale in clinical practice. British Journal of Anaesthesia, v. 113, n. 3, p. 424–432, 2014.

SCHWARTSMANN, C. R. et al. NOVAS SUPERFÍCIES EM ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL. [s.l: s.n.]. Disponível em: <www.scielo.br/rbort>.

SOUZA DA COSTA, R. ANÁLISE BIOMECÂNICA DE PRÓTESE FEMORAL. , 2017.

SPRINGER, B. D.; PARVIZI, J. Periprosthetic Joint Infection of the Hip and Knee. [s.l: s.n.].

UNFRIED, R. I. et al. REVISÃO DE INFECÇÃO PERIPROTÉTICA EM UM ÚNICO TEMPO-DISSCUSSÕES SOBRE O MÉTODO. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs.htm>>.

VICENTE, J. R. N. et al. Artroplastia total do quadril feita por via posterior minimamente invasiva - Resultados após seis anos. Revista Brasileira de Ortopedia, v. 50, n. 1, p. 77–82, 1 jan. 2015.

VILELA JUNIOR, G. DE B. et al. MODELAMENTO BIOMECÂNICO DO QUADRIL: FORÇA RESULTANTE NO ACETÁBULO E FORÇA DOS ABDUTORES EM APOIO

UNIPODAL. Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida, v. 14, n. v14n2, p. 1, 2022.

WU, Y. et al. What Is the Normal Trajectory of C-Reactive Protein, Erythrocyte Sedimentation Rate, Plasma Fibrinogen and D-Dimer after Two-Stage Exchange for Periprosthetic Joint Infection? Orthopaedic Surgery, v. 14, n. 11, p. 2987–2994, 1 nov. 2022.

Y

ILMAZ, P. et al. Finite element analysis of the mechanical behavior of the different angle hip femoral stem. 2022.

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES DE MEDICINA DO QUINTO E SEXTO ANO DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA PRIVADA DE FRANCA-SP

Nicole Dias Sbrissa
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
nicole.dsbrissa@gmail.com

Viviane Rodrigues Esperandim Sampaio
Doutora em Biociências – USP
Docente dos cursos de Graduação em Medicina e Enfermagem - Uni-FACEF
vivianeesperandim@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

Faculdades de Medicina são comumente conhecidas como um ambiente estressante, que frequentemente tem efeito negativo sobre o desempenho universitário dos alunos, sua saúde física e bem-estar psicossocial (Saravanan C, 2014).

A saúde mental dos estudantes da área da saúde, principalmente os estudantes de Medicina, sempre foi alvo de grande preocupação, sendo considerada um fator de risco para demais agravos à saúde e qualidade de vida dos mesmos. Tendo em vista o ambiente acadêmico e o futuro exercício profissional que os espera, essas situações podem acarretar o desenvolvimento de distúrbios emocionais (CARVALHO, JUNQUEIRA, CERDEIRA, & COSTA, 2017).

Além disso, as atividades curriculares em tempo integral além das extracurriculares podem levar a desgaste psicológico, por conta da pressão e estresse causados pelo alto rendimento e necessidade de elevadas horas de estudo por dia (Cardoso HC, 2009).

Os transtornos de ansiedade englobam transtornos que partilham características de medo e ansiedade excessivos. O medo é a resposta emocional a ameaça iminente, podendo ela ser real ou percebida, já a ansiedade é a antecipação de ameaça futura (Association, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou em 2015 a prevalência mundial de transtorno de ansiedade, com resultado de 3,6%, correspondendo assim a um número de 264 milhões de pessoas, caracterizando um aumento de 14,9% em dez anos. Os levantamentos realizados por região demonstraram que a América apresenta as maiores porcentagens tanto no sexo feminino quanto no masculino, sendo o feminino ainda maiores. Com isso, indivíduos do sexo feminino têm duas vezes mais probabilidade de desenvolver o transtorno de ansiedade em relação aos do sexo masculino (Organization, 2017).

Trazendo esse contexto para o Brasil, o país tem a prevalência-ano de transtornos ansiosos em algumas regiões com resultados elevados, chegando a 19,9% na região metropolitana de São Paulo. Em um país emergente como o Brasil, o seu perfil epidemiológico se assemelha ao dos países desenvolvidos, mostrando assim a gravidade do quadro brasileiro. (Vitor Iglesias Mangolini, 2019). Além disso, o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é o transtorno de ansiedade mais comum na atenção primária, estando entre os dez motivos gerais mais comuns de consulta (Sistema Único de Saúde do Estado de Santa Catarina. , 2015).

Uma metanálise identificou, dentro do contexto universitário, que 37,75% dos graduandos brasileiros apresentam níveis clinicamente relevantes de ansiedade (Almeida, Filho, Demenech, & Silva, 2022).

Os sintomas são variáveis e englobam, nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. (Sistema Único de Saúde do Estado de Santa Catarina. , 2015).

Conforme os estudos, outro período da graduação do curso que inflige muita ansiedade nos alunos é o internato, período condizente com os dois últimos anos acadêmicos, o qual os discentes passam a colocar seus 4 anos de estudo teórico em prática (Machado, Sirico, Barbosa, & Machado, 2019).

Além disso, esse período requer jornada diária com alto grau de exigência com muita competitividade, privação de lazer e insegurança técnica (Nogueira, et al., 2021).

Desse modo, diante de todo o cenário de estudantes de Medicina vivendo com sintomas de ansiedade, torna-se necessário considerar esse contexto nas universidades médicas, tratando como problema de saúde pública e que exige maior alerta e cuidado dos facilitadores e administradores das faculdades de Medicina, mais particularmente da instituição que esta sendo realizada a pesquisa.

2. OBJETIVOS

Identificar a presença de sintomas de Transtorno de Ansiedade em estudantes do quinto e sexto ano do curso de medicina de uma instituição público privada de Franca-SP através de um levantamento de dados sobre a quantidade de estudantes que manifestam sintomas de ansiedade através do Inventário de Ansiedade de Beck (Beck Anxiety Inventory – BAI), já adaptado e validado no Brasil.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de corte transversal, de caráter quantitativo, realizado através de levantamento de dados, através de um questionário online pela plataforma Google Forms, entrevistando os alunos da instituição.

O projeto foi enviado para a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF) e aguarda aprovação. Após a aprovação iniciaremos o estudo.

Inicialmente serão convidados a participar do estudo 30 alunos do quinto ano e 30 alunos do sexto ano, totalizando assim uma amostra de 60 alunos, podendo essa quantidade de pessoas diminuir ou aumentar, conforme a aceitação de cada aluno. Todos os voluntários que aceitarem a participar, assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), o qual será realizado de forma online, onde será enviado um link de acesso para o aluno através de e-mail ou WhatsApp, juntamente com o questionário a ser respondido, pela plataforma Google Forms. Ao entrar no link disponibilizado todo o TCLE estará descrito, para que o participante possa ler e decidir se aceita ou não participar da pesquisa. O participante terá de selecionar a opção “Aceito” ao final da leitura de todo TCLE para poder seguir com a pesquisa ou “Não Aceito” caso não queira participar da pesquisa, partindo assim para a página final, não realizando a execução do questionário. Ademais, o aluno que previamente aceitou participar da pesquisa poderá a qualquer momento desistir de sua participação, não necessitando de explicações ou exposições para tal e sem dano algum para o participante. O período de coleta dos dados e seleção dos participantes ocorrerá em fevereiro de 2023 e março de 2023, assim que o projeto for aceito pelo CEP.

Posterior a isso, será realizado o levantamento quantitativo dos sintomas de ansiedade dos acadêmicos. Os dados serão coletados através da aplicação de um questionário online, de forma totalmente anônima, disponibilizado na plataforma Google Forms, que será enviado ao e-mail e WhatsApp de cada estudante. De início terão explicações da finalidade e funcionamento do questionário, para que o participante fique ciente das intenções do mesmo. Assim, o aluno que aceitar realizar a pesquisa possa ficar mais seguro quanto aos seus resultados, pois o questionário é apenas um método de triagem para identificar sinais e sintomas de ansiedade e não um método diagnóstico de Transtorno de Ansiedade. O questionário incluirá perguntas referentes ao Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), o qual irá rastrear os sintomas de ansiedade dos alunos. O Inventário conta com os sintomas comuns de ansiedade, como dormência, sensação de calor, incapacidade de relaxar, medo de acontecer algo pior, entre outros. São 21 itens que são “afirmações descritivas da ansiedade”. Em cada sintoma há quatro pontuações, indo de 0 (zero) há 3 (três), sendo 0 = absolutamente não, 1 = levemente ou não me incomodou muito, 2 = moderadamente ou foi muito desagradável mas pude suportar e 3 = gravemente ou dificilmente pude suportar, o aluno deverá responder o quão incomodado ele se sentiu por cada sintoma na última semana, incluindo o dia em que ele responderá o questionário. Assim que respondidos os 21 itens, será realizado o Escore total do BAI, o qual mostra a gravidade dos sintomas presentes, sendo o resultado de 0-7 = grau mínimo de ansiedade, 8-15 = ansiedade leve, 16 – 25 = ansiedade moderada e 26 a 63 = ansiedade grave. (Beck AT, 1988).

Além disso, o questionário ira contar com dados gerais, como sexo, idade, semestre, se o estudante já possui o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade e se já realiza o tratamento para tal.

Por fim, a análise dos dados obtidos será realizada de maneira estatística descritiva, onde serão utilizadas a distribuição da frequência, tendência central, dispersão e correlação. Os resultados serão apresentados por meio de gráficos e tabelas.

3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão são os acadêmicos regularmente matriculados no curso de medicina do 9º ao 12º semestre do curso de medicina do Centro Universitário Municipal de Franca do sexo masculino e feminino, acima de 18 anos e que concordarem em assinar o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Entre os critérios de exclusão estão os discentes que não aceitarem em assinar o TCLE, os menores de 18 anos e responder de forma incompleta o questionário aplicado.

3.2 Riscos e benefícios

Os riscos implicados na pesquisa científica pequenos, uma vez que os dados serão coletados através de interrogatório de forma online e o estudante não precisará se identificar em momento algum durante a pesquisa. Contudo, o participante poderá ter seus sintomas de ansiedade acentuados durante o questionário, pois ele pode criar expectativas quanto aos seus resultados e desempenho.

Vale ressaltar que esta pesquisa é apenas para fins de análise de sintomas de ansiedade em um público específico, como os estudantes de medicina, não sendo realizado qualquer forma de diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizado, pois somente médicos e psicólogos podem realizá-lo. Com isso, o CFP (Conselho Federal de Psicologia) em seu artigo 12, parágrafo único permite a utilização desse teste para objetivos formativos e históricos

O estudo oferece grande probabilidade de reconhecer os principais sintomas sentidos pelos estudantes de medicina em seus dois últimos anos decisivos do curso, promovendo assim oportunidades de melhoria para a coordenação acadêmica do curso e seu corpo docente. O aluno que aceitar participar da pesquisa terá na hora o resultado da mesma, podendo assim ficar mais atento aos seus sinais e sintomas e buscar por ajuda médica ou psicológica para melhor qualidade de vida. É importante ressaltar que ficará explícito que o teste não é uma forma diagnóstica de ansiedade e sim um método de triagem para a mesma, sendo assim, os alunos poderão ficar mais tranquilos em relação aos seu

desempenho e que para ter o diagnóstico é necessário um profissional especializado.

4. ASPECTOS ÉTICOS

Conforme à resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o estudo será enviado ao Comitê de Ética da Escola do Centro Universitário Municipal de Franca. Além do mais, a fim de se adquirir permissão às informações fornecidas pelos discentes do curso será necessária autorização através de um termo de consentimento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, para elucidar as considerações finais deste trabalho, resgatou-se o problema de pesquisa que é a ansiedade em estudantes de medicina do 5º e 6º ano de uma instituição público privada de Franca-SP e chegamos a conclusão de que se trata de um assunto de extrema importância a ser abordado e estudado, com o objetivo de diminuir o impacto do curso de medicina, principalmente nos quatro últimos semestres, sobre a saúde mental de seus alunos.

Além disso, espera-se que com os resultados obtidos através do questionário que será aplicado, possa haver a criação de novos projetos de intervenção para a instituição, com o intuito de prevenir novos agravos a saúde mental dos estudantes e melhora dos sintomas dos que já possuem, como por exemplo, rodas de conversa com profissionais médicos e não médicos para discussão dos sintomas e aprendizado de como maneja-los e psicólogos disponíveis para atendimento gratuito dos alunos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. B., Filho, P. G., Demenech, L. M., & Silva, L. N. (2022). ACT em Grupo para Manejo de Ansiedade entre Universitários: Ensaio Clínico Randomizado. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 1-17.

ASSOCIATION, A. P. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Artmed Editora .

BECK AT, E. N. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 892-897.

CARDOSO HC, B. F. (2009). Avaliação da qualidade do sono em estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica* , 55-349.

CARVALHO, M. C., JUNQUEIRA, L. G., CERDEIRA, C. D., & COSTA, A. M. (jan/jul de 2017). *LEVANTAMENTO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE MENTAL E USO DE*

ANSIOLÍTICOS E ANTIDEPRESSIVOS POR ACADÊMICOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA DE UMA UNIVERSIDADE DO SUL DE MINAS GERAIS. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, 15(1).

KOTHARI V, G. N. (2018). Prestação de apoio à saúde mental para estudantes de medicina. . Adv Med Educ Pract. , 9:925-926.

MACHADO, S. L., Sirico, N. d., Barbosa, P. F., & Machado, R. C. (2019). ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA. Revista Eletrônica Saúde Multidisciplinar da Faculdade Morgana Potrich, 1-5.

NOGUEIRA, É. G., Matos, N. C., Machado, J. N., Araújo, L. B., Silva, A. M., & Almeida, R. J. (2021). Avaliação dos níveis de ansiedade e seus fatores associados em estudantes internos de Medicina. . Revista Brasileira de Educação Médica , 1-9.

ORGANIZATION, W. H. (18 de 06 de 2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. Fonte: WHO: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

SARAVANAN C, W. R. (2014). Medical students' experience of and. Scientific World Journal., 73-82.

Sistema Único de Saúde do Estado de Santa Catarina. . (2015). Fonte: saude.sc.gov.br: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9217-ansiedade-generalizada/file>

VITOR Iglesias Mangolini, L. H.-P. (2019). Epidemiologia dos transtornos de ansiedade em regiões do Brasil: uma revisão de literatura. Revista Med (São Paulo), 415-422.

ANEXO A

1. DORMÊNCIA OU FORMIGAMENTO

- () Absolutamente não.
- () Levemente – Não me incomodou muito.
- () Moderadamente – Foi muito desagradável mas pude suportar.
- () Gravemente – Dificilmente pude suportar.

2. SENSAÇÃO DE CALOR

- () Absolutamente não.
- () Levemente – Não me incomodou muito.
- () Moderadamente – Foi muito desagradável mas pude suportar.
- () Gravemente – Dificilmente pude suportar.

3. TREMORES NAS PERNAS

- Absolutamente não.
- Levemente – Não me incomodou muito.
- Moderadamente – Foi muito desagradável mas pude suportar.
- Gravemente – Dificilmente pude suportar.

4. INCAPAZ DE RELAXAR

- Absolutamente não.
- Levemente – Não me incomodou muito.
- Moderadamente – Foi muito desagradável mas pude suportar.
- Gravemente – Dificilmente pude suportar.

5. MEDO QUE ACONTEÇA O PIOR

- Absolutamente não.
- Levemente – Não me incomodou muito.
- Moderadamente – Foi muito desagradável mas pude suportar.
- Gravemente – Dificilmente pude suportar.

6. ATORDOADO OU TONTO

- Absolutamente não.
- Levemente – Não me incomodou muito.
- Moderadamente – Foi muito desagradável mas pude suportar.
- Gravemente – Dificilmente pude suportar.

7. PALPITAÇÃO OU ACELERAÇÃO DO CORAÇÃO

- Absolutamente não.
- Levemente – Não me incomodou muito.
- Moderadamente – Foi muito desagradável mas pude suportar.
- Gravemente – Dificilmente pude suportar.

8. SEM EQUILÍBRIO

- Absolutamente não.
- Levemente – Não me incomodou muito.
- Moderadamente – Foi muito desagradável mas pude suportar.
- Gravemente – Dificilmente pude suportar.

9. ATERRORIZADO

- Absolutamente não.
- Levemente – Não me incomodou muito.
- Moderadamente – Foi muito desagradável mas pude suportar.
- Gravemente – Dificilmente pude suportar.

10. NERVOSO

- Absolutamente não.
- Levemente – Não me incomodou muito.
- Moderadamente – Foi muito desagradável mas pude suportar.
- Gravemente – Dificilmente pude suportar.

11. SENSÇÃO DE SUFOCAÇÃO

- Absolutamente não.
- Levemente – Não me incomodou muito.
- Moderadamente – Foi muito desagradável mas pude suportar.
- Gravemente – Dificilmente pude suportar.

12. TREMORES NAS MÃOS

- Absolutamente não.
- Levemente – Não me incomodou muito.
- Moderadamente – Foi muito desagradável mas pude suportar.
- Gravemente – Dificilmente pude suportar.

13. TRÊMULO

- Absolutamente não.
- Levemente – Não me incomodou muito.
- Moderadamente – Foi muito desagradável mas pude suportar.
- Gravemente – Dificilmente pude suportar.

14. MEDO DE PERDER O CONTROLE

- Absolutamente não.
- Levemente – Não me incomodou muito.
- Moderadamente – Foi muito desagradável mas pude suportar.
- Gravemente – Dificilmente pude suportar.

15. DIFICULDADE DE RESPIRAR

- Absolutamente não.
- Levemente – Não me incomodou muito.
- Moderadamente – Foi muito desagradável mas pude suportar.
- Gravemente – Dificilmente pude suportar.

16. MEDO DE MORRER

- Absolutamente não.
- Levemente – Não me incomodou muito.
- Moderadamente – Foi muito desagradável mas pude suportar.
- Gravemente – Dificilmente pude suportar.

17. ASSUSTADO

- Absolutamente não.
- Levemente – Não me incomodou muito.
- Moderadamente – Foi muito desagradável mas pude suportar.
- Gravemente – Dificilmente pude suportar.

18. INDIGESTÃO OU DESCONFORTO NO ABDÔMEN

- Absolutamente não.
- Levemente – Não me incomodou muito.
- Moderadamente – Foi muito desagradável mas pude suportar.
- Gravemente – Dificilmente pude suportar.

19. SENSAÇÃO DE DESMAIO

- Absolutamente não.
- Levemente – Não me incomodou muito.
- Moderadamente – Foi muito desagradável mas pude suportar.
- Gravemente – Dificilmente pude suportar.

20. ROSTO AFOGUEADO

- Absolutamente não.
- Levemente – Não me incomodou muito.
- Moderadamente – Foi muito desagradável mas pude suportar.
- Gravemente – Dificilmente pude suportar.

21. SUOR (NÃO DEVIDO AO CALOR)

- () Absolutamente não.
- () Levemente – Não me incomodou muito.
- () Moderadamente – Foi muito desagradável mas pude suportar.
- () Gravemente – Dificilmente pude suportar.

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Lívia Maria Lopes Gazaffi

Doutora e Mestre em Ciências da Saúde – EERP - USP

liviamaria@facef.br

Thaynara Cristina de Freitas

Graduanda em Medicina – Uni-FACEF

thaynarafreitas478@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) é um retrovírus causador da AIDS, sigla em inglês para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. A transmissão da doença pode ocorrer por via sexual desprotegida, pelo compartilhamento de seringas, materiais perfurocortantes contaminados ou pela transmissão vertical, da mãe para o feto, na via do parto e/ou amamentação. Quando um indivíduo é contaminado pelo HIV, o vírus possui a capacidade de atacar o sistema imunológico, debilitando-o e propiciando o aparecimento de outras doenças oportunistas (BRASIL, 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o HIV/AIDS representa um problema de saúde pública mundial. Estima-se que no ano de 2020, 680 mil pessoas morreram de causas relacionadas ao HIV e houve 1,5 milhões de novas infecções pelo vírus, totalizando uma média de 37,7 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo, até o ano supracitado (ORGANIZATION, 2021). Já no Brasil, estima-se que até o ano de 2021, o número de pessoas vivendo com HIV (PVHA) vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) correspondiam a 802.482 casos, sendo que de 2007 até junho de 2021, foram notificados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 381.793 novos casos de HIV (BRASIL, 2021).

No Estado de São Paulo, segundo dados de dezembro de 2021 da Secretária da Saúde paulista, houve um aumento de 19,6% nos casos de HIV no Estado de São Paulo nos últimos dez anos, saindo de 5.295 casos em 2010, para 6.332 no ano de 2020 (SÃO PAULO, 2021). Mesmo com os avanços tecnológicos e a inserção das novas terapias antirretrovirais, esse aumento no número de casos geram novas preocupações para a saúde. Haja vista o panorama atual da infecção pelo HIV que evoluiu de uma doença fatal para uma condição crônica, devido às terapias que proporcionam maior sobrevida do paciente soropositivo, com a diminuição da replicação viral. Em contrapartida, essa evolução ainda é um desafio na qualidade de vida de PVHA, pois a possibilidade de uma vida mais longa não está correlacionada com uma boa qualidade de vida, perante os estigmas e preconceitos ainda existentes (JESUS, et al., 2017).

A OMS define qualidade de vida, como “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Assim, condições sociais, valores pessoais e fatores de saúde influenciam diretamente na qualidade de vida do indivíduo (BRASIL, 2013). Ademais, a QV possui um conceito amplo e dependente da percepção do indivíduo em sua posição na vida, no contexto em que está inserido, sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

A literatura demonstra que a QV em PVHA possui escores mais baixos em relação aos indivíduos saudáveis, devido aos estigmas e preconceitos existentes na sociedade sobre a doença. Nesse sentido, devem ser analisados as variáveis determinantes na QV de PVHA para tornar possível ações de promoção de saúde para os pacientes que convivem com HIV (CATUNDA, C. et al, 2016).

Nesse sentido, para avaliar a QV em PVHA a OMS desenvolveu um instrumento universal (WHOQOL-HIV-BREF) para a avaliação da qualidade de vida de PVHA. O questionário avalia seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relação social, meio ambiente e espiritualidade/crenças (SAMPAIO et al., 2020).

Entre os domínios avaliados pelo questionário, o domínio físico consta facetas que avaliam a qualidade de vida relacionada as condições clínicas do HIV, o psicológico avalia os sentimentos como de culpa, autoestima e outros, o nível de independência questiona sobre as atividades de vida diárias e dependências, o domínio relação social avalia a rede de apoio em que o indivíduo está inserido, o meio ambiente contém análises relacionadas à segurança, moradia e recursos financeiros, e por fim, o domínio espiritualidade e crenças analisa as formas de espiritualidade, relacionadas ou não a práticas religiosas (SAMPAIO et al., 2020).

Quando utilizados na literatura, o questionário demonstra confiabilidade em relação aos domínios utilizados, com destaques para influência das condições clínicas do HIV/Aids na QV do indivíduo. Sendo que indivíduos que possuem condições clínicas menos suscetíveis à síndrome da imunodeficiência, possuem maior escore de . melhoria da QV em PVHA, pois ela possibilita o menor acometimento de doenças oportunistas, aumenta a expectativa de vida e reduz sintomas proporcionando novos significados para o indivíduo (SILVEIRA, M. F., et al., 2019).

Diante deste cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS no município de Franca e elaborar uma cartilha sobre a temática. Trata-se de um estudo do tipo transversal com abordagem quantitativa a ser realizado no município de Franca em que serão entrevistados 30 pacientes soropositivos inseridos no Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE). Para as entrevistas, será utilizado um questionário sociodemográfico para avaliar as condições sociais nas quais o paciente está inserido e o questionário WHOQOL-HIV-BREF contendo perguntas

relacionadas aos sintomas do HIV, inclusão social, preocupações sobre o futuro e, por fim, morte. Após coleta dos dados, estes serão analisados por técnicas de análise descritiva. Por fim, de posse da análise das entrevistas e revisão bibliográfica da literatura, a partir na metodologia PICO será formulado uma cartilha sobre o HIV para ser entregue aos pacientes e profissionais da saúde do SAE.

2. FATORES QUE INTERFEREM NA QV DE PVHIA CONFORME METODOLOGIA PICO

A análise da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids gradualmente tornou-se um importante fator devido ao aumento da sobrevivência de pacientes com o vírus do HIV. Nesse sentido, o questionário WHOQOL-HIV-Bref tornou-se uma ferramenta de extrema importância para essa análise. Este possui itens que avalia seis domínios, sendo eles: físico, psicológico, nível de independência, relação social, meio ambiente e espiritualidade. Este instrumento tem demonstrado características satisfatórias de confiabilidade, validade discriminante, validade de construto e concorrente (SILVEIRA, M. F., et al., 2019).

Em um estudo com 226 pessoas vivendo com HIV/Aids em que foi aplicado este questionário, uma análise das correlações entre os seis domínios do questionário, demonstrou correlações estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$). De maneira que as correlações mais elevadas foram as de domínios físicos, psicológico, de independência e relacionados ao ambiente. Em contrapartida, o item morte e morrer apresentou correlação mais fraca ($r=22$) do domínio espiritualidade. Ainda assim, o questionário WHOQOL-HIV-Bref demonstrou ser uma ferramenta efetiva e confiável para avaliar a QV em PVHA (SILVEIRA, M. F., et al., 2019)

Nesse sentido, para enriquecer o presente estudo, evidenciar e analisar as questões pertinentes à temática já listadas na literatura, realizou-se uma revisão bibliográfica utilizando-se da estratégia PICO para estruturação do problema clínico. A estratégia PICO contribui para a definição da questão norteadora a partir do monograma: P (Paciente); I (Intervenção); C (Comparação), que não foi utilizado neste trabalho; e O (Outcomes ou “desfecho”). Assim, foram definidos para os acrônimos: P - pessoa vivendo com HIV/Aids; I - Qualidade de vida; C - não se aplica; e O - Fatores que interferem, respectivamente. Em seguida, definiu-se a questão norteadora para a pesquisa – “Quais fatores interferem na qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids?” (SANTOS, C. M. C., et al., 2007).

Realizou-se a busca de artigos nacionais e internacionais no período de dezembro de 2022 e janeiro de 2023, na Biblioteca virtual SciELO (Scientific Electronic Library Online), sendo utilizados os seguintes descritores: Qualidade de vida or Quality of life; fatores que interferem na qualidade de vida or factors that interfere with quality of life; HIV; Aids; questionário or quiz; WHOQOL-HIV-BREF.

Como critérios de elegibilidade de inclusão, instituiu-se: estudos de 2013 a 2023 e artigos publicados em periódicos de diferentes idiomas (inglês, português e

espanhol), tendo como população alvo pessoas vivendo com HIV/Aids. Já os critérios de exclusão foram: artigos de atualização, comentários, revisão bibliográfica ou sistemática, carta ao editor, resumos, editoriais, dissertações, teses, artigos limitados à PVHA em idosos, crianças e gestante, artigos que tratavam de outras coinfeções conjuntas ao HIV, como a tuberculose, e por fim, artigos pagos.

De posse das referências, procedeu-se à exclusão dos artigos que não apresentavam informações sobre a temática ou não se ajustavam aos critérios de elegibilidade. Inicialmente, a busca compreendeu 103 artigos, dos quais à partir de uma análise breve excluiu artigos de revisão sistemática, resumos, e artigos anteriores à 2013. Diante disso, construiu-se uma planilha no Excel, na qual foram adicionadas as seguintes colunas: ano de publicação, título, autores, objetivo, métodos, resultados, discussão, conclusões, contribuições e limitações do artigo e uma sessão para o link do artigo - visando facilitar o acesso aos artigos a serem analisados. Por meio dessa, foram analisados 26 artigos. Dessa amostra, após a análise e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 15 estudos para construção deste trabalho. Por fim, com esses selecionados, pode-se confeccionar o quadro (1) com a caracterização das produções e relação com a temática desta revisão.

Quadro 1.

Protocolo para desenvolvimento do trabalho conforme metodologia PICO
1. Tema: Fatores que interferem na qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids
Estratégia PICO
P – População do estudo: Pessoas vivendo com HIV/Aids I – Intervenção: Qualidade de vida C – Comparação: não se aplica O – Resultados: Fatores que interferem na QV
Questão norteadora: “Quais fatores interferem na qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids ?” Objetivo do estudo: Identificar os fatores que modificam a qualidade de vida de PVHA.
2. Descritores para busca: Qualidade de vida or Quality of life; fatores que interferem na qualidade de vida or factors that interfere with quality of life; HIV; Aids; questionário or quiz; WHOQOL-HIV-BREF 3. Palavras-chave: HIV, Aids, Qualidade de vida, pessoas vivendo com hiv, WHOQOL-HIV-BREF
3.1. Plataforma de busca: SciELO – Scientific Electronic Library Online

4) Critérios de elegibilidade

Inclusão:

- Tempo de busca de 10 anos;
- População alvo: Pessoas com HIV/aids de ambos os sexos;
- Artigos publicados na plataforma Scielo de diferentes idiomas (inglês, espanhol e português).

Exclusão:

- Artigos de Atualização, Revisão, Comentários, Resumos, Carta ao Editor, Editoriais, dissertação e teses.
- Artigos limitados à PVHA idosos e crianças.
- Artigos limitados à gestantes
- Artigos que tratavam de outras coinfeções conjuntas com o HIV, como: Tuberculose.

QUADRO 2. Características dos artigos analisados na revisão

Nº	Título / Autor / Data	Objetivo do estudo	Fatores que interferem na qualidade de vida do paciente com HIV/Aids
1	Representações sociais da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids Domingues, J. P., et al Junho/2018	Analisar as representações sociais da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/aids.	Aborda como fatores positivos para QV de pessoas que vivem com HIV, segundo as entrevistas: Boa alimentação e cuidados com a saúde.
2	Orientação sexual e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids Oliveira, F, B, M., et al Outubro/2017	Analisar se a orientação sexual afeta a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHAs).	O estudo demonstrou que a presença de sentimentos negativos como medo e ansiedade e também sofrer com o estigma, afeta negativamente a qualidade de vida de pessoas não heterossexuais vivendo com HIV/aids; Entre os domínios da qualidade de vida afetados, o “Meio ambiente” mostrou-se prejudicado em ambos os grupos (heterossexuais e não-heterossexuais); Outro domínio, prejudicado igualmente nos dois grupos, foi o “Nível de independência.”
3	Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida Jesus, G. J., et al Junho/2017	Identificar e explorar as dimensões das dificuldades enfrentadas por Pessoas Vivendo com HIV/Aids no manejo da doença.	Principais fatores que dificultam a QV: Preconceito vivido no contexto familiar e social, gerenciar parcerias afetivas e sexual; o manejo do tratamento
4	Qualidade de vida, fatores socioeconômicos e clínicos e prática de exercício físico em pessoas vivendo com HIV/aids Medeiros, R. C. S., et al Julho/2016	Analisar se aspectos socioeconômicos, clínicos e de hábitos de vida saudável estão associados à qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/aids.	A qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids apresentam prejuízos, principalmente nas questões financeiras e de sigilo, seguidos da função geral do corpo e satisfações com a vida.

5	An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil Passos, S. M. K., et al Abril/2015	O objetivo do presente estudo é avaliar a qualidade de vida e identificar os fatores associados à qualidade de vida em pacientes adultos atendidos em um centro de referência para tratamento de HIV/AIDS no sul do Brasil.	Neste estudo, a QV de PVHA foi influenciada por fatores além dos domínios físicos e biológico e esteve diretamente relacionada a questões econômicas e sociais.
6	Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids: efeitos da percepção da doença e de estratégias de enfrentamento Catunda, C. et al Setembro/2016	A pesquisa objetivou investigar preditores da qualidade de vida (QV) de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), baseada no modelo de autorregulação de Leventhal, no qual a influência da percepção da doença na QV é mediada por estratégias de enfrentamento.	Este estudo relatou que a forma como a PVHA percebe sua doença é um importante fator preditor da QV,
7	Elaboração e validação da escala e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV Cruz, M, C, M, A. et al Abril/2021	elaborar e validar uma escala para mensurar a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV no Brasil.	Refere que o fator número 1 no impacto na QV foi: impacto da infecção sobre realização de atividades diárias, tratamento e relações de amizade. E o segundo fator mais comentado pelos entrevistados foi lazer, uso de antirretrovirais e alimentação.
8	HIV/AIDS: um olhar sobre as percepções de quem vive com o diagnóstico Maciel, K, L., et al Dezembro/2019	Conhecer o impacto que o diagnóstico do Vírus da Imunodeficiência Humana causa na vida das pessoas acometidas.	Neste estudo evidenciou que os profissionais de saúde assumem um papel fundamental na manutenção da QV de PVHA.
9	Representações sociais da qualidade de vida de jovens que vivem com HIV Silva, D, P, E., et al Junho/2021	Analisar as representações sociais da qualidade de vida para jovens que vivem com HIV.	Identificou-se que para os jovens participantes da pesquisa a QV está ancorada na saúde e bem-estar. De forma que sentir-se doente afeta negativamente na percepção da QV do indivíduo.
10	Qualidade de vida, adesão e indicadores clínicos em pessoas vivendo com HIV Primeira, M, R., et al Maio/2020	Avaliar a associação entre a qualidade de vida e a adesão ao tratamento antirretroviral.	Evidenciou que a qualidade de vida de PVHA é comprometida, principalmente, pela preocupação do com o sigilo e preocupação financeira.
11	Propriedades psicométricas do WHOQOL-HIV Bref para a avaliação da qualidade de vida Silveira, M, F., et al Setembro/2019	Avaliar as propriedades psicométricas do questionário WHOQOL-HIV Bref em pessoas com HIV/Aids.	Destacou os domínios físicos, psicológicos e de independência como determinantes da QV nas PVHA. Ainda, ressaltando que pacientes que estavam com melhores condições clínicas, os scores no questionário foram maiores.

12	Qualidade de vida, perfil socioeconômico, conhecimento e atitude sobre sexualidade de "pessoas que vivem" com o Vírus da Imunodeficiência Humana Okuno, M, F., et al Abril/2015	analisar a qualidade de vida dos "pacientes" com o vírus da imunodeficiência humana e relacioná-la ao perfil socioeconômico, conhecimento e atitudes sobre sexualidade.	Este estudo identificou que as variáveis que mais interferem na QV da PVHA são: preocupação com o sigilo, atividade sexual e preocupação financeira.
13	Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV Galvão, M, T, G., et al Fevereiro/2013	Avaliar e correlacionar a qualidade de vida e a adesão à terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV.	Evidenciou que o uso dos antirretrovirais teve influência positiva na qualidade de vida de PVH.
14	Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS Silva, A, C, O., et al Dezembro/2014	Avaliar a qualidade de vida das pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida e suas associações com características clínicas e adesão ao tratamento.	Neste estudo, sobressaiu-se as variáveis adesão à terapia antirretroviral e carga viral como fatores determinante na QV.
15	Psychosocial factors associated with adherence to treatment and quality of life in people living with HIV/AIDS in Brazil Calvetti, P, Ü., et al Março/2014	O objetivo deste artigo foi investigar os fatores biopsicossociais para adesão e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS bem-sucedidas no tratamento de saúde.	Este estudo evidenciou que o suporte social e o tratamento antirretroviral têm grande impacto na qualidade de vida do indivíduo com HIV.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise da tabela, fica exposto que os estudos analisados nesta revisão, demonstraram que os fatores que interferem na qualidade de vida do PVHA, são relativos ao tratamento com as terapias antirretrovirais, sendo este o fator mais apontado, como fator preditivo positivo para a qualidade de vida do PVHA quando esta é iniciada precocemente e continuada. Outro fator que mais apareceu foi o medo da quebra de sigilo e sobre questões financeiras. Por fim, outros fatores muito citados foram nível de independência, estigmas sobre a doença e gerenciamento do/a parceiro/a sexuais.

Por fim, cabe ressaltar que a pesquisa ainda possui os resultados parciais, pois a coleta de dados foi iniciada, mas ainda não se obteve a quantidade de levantamento de dados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Qualidade de vida em cinco passos. Biblioteca Virtual em Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/qualidade-de-vida-em-cinco-passos/>. Acesso em: 15 Julho, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. HIV e AIDS. Biblioteca Virtual em Saúde, 2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/hiv-e-aids/>. Acesso em: 16 Julho 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos de Monitoramento Clínico de HIV. Indicadores Clínicos, 2021. Disponível em: <http://indicadoresclinicos.aids.gov.br/>. Acesso em: 20 jul. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico – HIV/Aids 2022. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-deconteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_-2022_internet_31-01-23.pdf/view. Acesso em: 1 Fevereiro 2023.

CATUNDA, C. et al. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids: efeitos da percepção da doença e de estratégias de enfrentamento. Brasília. Psicologia: Teoria e Pesquisa Vol. 32 n. esp., pp. 1-7, outubro, 2016.

JESUS, G. J. et al. Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. Ribeirão Preto-SP: Acta Paulista Enfermagem, v. 3, p. 301-7, jun 2017.

ORGANIZATION, WORLD H. Observatório Mundial da Saúde. World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids>. Acesso em: 15 Julho 2022

SAMPAIO, L. A. et al. Avaliação da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV. Research, Society and Development, v. 9, n. 12. dez. 2020.

SANTOS, C. M. C., et al. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Rev Latino-am Enfermagem 2007 maio-junho; 15(3).

SILVEIRA, M. F., et al. Propriedades psicométricas do WHOQOL-HIV Bref para avaliação da qualidade de vida. Bragança Paulista-SP, v.24, n. 3, p. 475-487, jul/set. 2019

PERCEÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE A INSERÇÃO PRECOCE NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (REVISÃO BIBLIOGRÁFICA)

Pedro Ventura da Silva
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
pedroventuradasilva@gmail.com

Lívia Maria Lopes
Enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Docente dos cursos de Graduação em Medicina e Enfermagem - Uni-FACEF

1. INTRODUÇÃO

A industrialização e a revolução científica associada com o crescimento urbano no final do século XIX contribuíram para questionamentos sobre a prática da medicina. O Relatório Flexner, publicado em 1910 nos Estados Unidos (EUA), foi uma tentativa de ajustar a formação médica às necessidades dos serviços de saúde da época. Esse documento influenciou o ensino e a prática médica nos EUA e no mundo até os dias de hoje (ALBUQUERQUE et al, 2008; BULCÃO, EL-KAREH & SAVD, 2007).

O número de alunos cursando o primeiro ano de escolas médicas passou de 16.818, em 2010, para 40.881, em 2020, um crescimento de 143% no período. O aumento é resultado da ampla abertura de cursos de graduação, que praticamente duplicaram entre os anos analisados. De 181 cursos em 2010, saltaram para 350 em 2020, conforme o censo do Inep. Em todos os anos analisados, as mulheres eram maioria entre os alunos de medicina de primeiro ano. Em 2010, do total de ingressantes na graduação, 54,9% eram do sexo feminino, passando para 61,1% em 2019 – crescimento de 6,2 p.p. A média de idade no momento do ingresso na graduação de medicina, em 2010, era de 21,3 anos, passando para 21,5 anos em 2019. Praticamente um terço dos alunos estuda em unidade da Federação distinta do local de nascimento. Em 2010, eles eram 28,7% e em 2019, 27,3%. (SCHEFFER et al, 2023).

Apesar dos inegáveis avanços do desenvolvimento científico e técnico para a formação médica, a visão positivista/ mecanicista distanciou o médico do paciente, dificultando a compreensão da pessoa e impossibilitando o diagnóstico de muitos problemas passíveis de serem cuidados pelos profissionais da saúde (RODRIGUEZ, NETO & BERENS, 2004). Nesse contexto, apresenta-se a necessidade de deslocar o enfoque hospitalar para fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) e valorizar a promoção da saúde, a prevenção de doenças, e o trabalho interprofissional. Estas

necessidades motivaram muitas escolas médicas a adequar seus projetos pedagógicos institucionais (CONILL, 2008; IRBY, 1994).

A APS no Brasil está organizada como modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), e representa importante cenário para a formação médica (ROQUETE, 2001; CAMPOS, 2005). O Projeto Cinaem, da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), diagnosticou problemas no processo de formação médica na década de 1990. Para resolver estes e outros problemas, foram incorporadas novas metodologias de ensino, como a Problem Based Learning (PBL), que teve início no Brasil em 1997. Mais recentemente, as Diretrizes Curriculares Nacionais, o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) impulsionaram mudanças no ensino médico brasileiro (COSTA, 2007; GOULART et al, 2009).

Muitas escolas médicas brasileiras já apresentam mudanças curriculares no sentido de promover o desenvolvimento de profissionais capazes de atuar integralmente na vigilância à saúde e mais familiarizados com os principais problemas de saúde (CALDEIRA, LEITE & RODRIGUES-NETO, 2011). Estas mudanças referem-se ao emprego de metodologias ativas, centradas no estudante e baseadas nas necessidades de saúde da população, com a inserção dos estudantes em Equipes de Saúde da Família (ESF) desde o início do curso e por maior período. Dentre as escolas médicas que formam novos médicos baseados no currículo integrado encontra-se o Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF), instituição onde esta pesquisa será desenvolvida. Nela, os estudantes são inseridos desde o primeiro período até o final do oitavo período nos serviços de APS, durante quatro horas semanais.

Diante das necessidades da população, das diretrizes curriculares nacionais e de movimentos de mudança na formação médica, como o Promed, o Pró-Saúde e o PET-Saúde, para reorganização curricular com a inserção dos estudantes no cenário da APS, é relevante conhecer a percepção desses estudantes inseridos nos serviços da APS, afim de elucidar as potencialidades e fragilidades vivenciadas por esses estudantes.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A fim de subsidiar a pesquisa analítica e de campo, foi realizada revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa da literatura permite a compreensão do “estado da arte” de um tema-assunto, e por meio de suas fases constitutivas, a produção de uma pesquisa de caráter qualitativo que possibilita unir e discutir a literatura empírica e teórica, permitindo aos autores-pesquisadores identificar tendências e evidências que justificam e/ou fundamentam seu estudo (TEIXEIRA *et al.*, 2014). É o tipo mais amplo de métodos de revisão de pesquisa, permitindo a

inclusão simultânea de pesquisas experimentais e não experimentais, a fim de entender melhor um fenômeno preocupante (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Esta revisão foi realizada em etapas, adaptadas do modelo de Whittemore e Knafl (2005): Identificação do problema; Pesquisa de literatura; Análise de dados e Conclusão, descritas a seguir.

Etapa de identificação do problema - O estágio inicial de qualquer método de revisão se dá na identificação clara do problema que a revisão está abordando e o objetivo da revisão. Dessa forma, foram determinadas as variáveis de interesse (ou seja, conceitos, população-alvo, problema de saúde). Assim, considerando a estratégia PICO, com o P (população) referindo-se aos estudantes de medicina, o I (intervenção) sobre a I: percepção sobre a inserção precoce/no início da graduação o Co (contexto) acerca da serviços de APS. (JOANNA BRIGGS, 2014), esta pesquisa apresentou como pergunta norteadora: “Qual a percepção dos estudantes sobre a inserção precoce na Atenção Primária em Saúde?”

Estratégia PICO	Termos Inglês	Termos Português	Termos Espanhol	Busca
P: estudantes de medicina	“Medical Students” OR “Medical Student”	“Estudantes de Medicina”	“Estudiantes de Medicina”	((“Medical Students” OR “Medical Student”) OR (“Estudantes de Medicina”) OR (“Estudiantes de Medicina”))
I: percepção da inserção precoce (estágio)	<u>Perception</u>	Percepção	<u>Percepción</u>	((Perception) OR (Percepção) OR (Percepción))
	“Medical Internship” OR “Medical Internships” OR “Internship” OR “Graduate Medical Education”	“Estágio Médico” OR “Estágios Médico” OR “Estágio”	“Pasantía médica” OR “Prácticas Médicas” OR “Pasantía”	((“Medical Internship” OR “Medical Internships” OR “Internship”) OR (“Estágio”) OR (“Pasantía”))
CO: serviços de APS	“Saúde da Família” OR “Estratégia de Saúde da Família” OR “Programa de Saúde da Família”	“Family Health” OR “Family Health Program” OR “Family Health Strategy”	“Salud de la Familia” OR “Estrategia de Salud Familiar” OR “Programa Salud de la Familia”	((“Saúde da Família” OR “Estratégia de Saúde da Família” OR “Programa de Saúde da Família”) OR (“Family Health” OR “Family Health Program” OR “Family Health Strategy”) OR (“Salud de la Familia” OR “Estrategia de Salud Familiar”))

Etapa de pesquisa de literatura - Foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Pubmed.

As buscas se deram no segundo semestre de 2022 e a seleção dos artigos foi feita pelo aplicativo Rayyan, um aplicativo gratuito para web e celular, que ajuda a

agilizar a triagem de resumos e títulos usando um processo de semiautomação, enquanto incorpora um alto nível de usabilidade. O aplicativo tem se mostrado muito útil (OUZZANI *et al.*, 2016), especificamente direcionado para o acordo inter-juízes numa revisão sistemática de literatura. Ainda, aceita a importação de referências em vários formatos e permite a condução de revisão simultânea por mais de um investigador (CAMILO; GARRIDO, 2019). A análise dos artigos foi realizada por pares e os possíveis desempates, por uma terceira pessoa. Os resultados das buscas estão sintetizados na tabela a seguir.

Tabela 1: Resultados das estratégias de buscas nas bases de dados, Franca, 2022.

Base	Estratégia	Resultado
PUBMED	((("Medical Students" OR "Medical Student") OR ("Estudantes de Medicina") OR ("Estudantes de Medicina"))) AND ((("Medical Internship" OR "Medical Internships" OR "Internship") OR ("Estágio") OR ("Pasantía"))) AND (((("Estratégia de Saúde da Família") OR ("Family Health Program" OR "Family Health Strategy")) OR ("Estrategia de Salud Familiar")) OR (((("Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Primária de Saúde" OR "Atenção Primária em Saúde") OR ("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare")) OR ("Atención Primaria de Salud" OR "Atención Básica" OR "Atención Primaria"))))	185
BVS	A mesma	221

Foram critérios de seleção: artigos científicos que respondessem à questão norteadora deste estudo. Foram critérios da busca artigos publicados em até 10 anos e que os textos estivessem disponíveis na íntegra. Não houve restrições quanto ao idioma, com o propósito de abranger o maior número de artigos possíveis, podendo responder à pergunta norteadora com alta fidedignidade. Foram excluídas revisões de literatura, trabalhos apresentados em congressos, teses e dissertações, cartas e editoriais.

Todos os textos encontrados a partir desses critérios fizeram parte dessa busca. Inicialmente, foram obtidos 406 artigos, e não houve nenhum duplicado. Após leitura de título e resumo, foram excluídos 371 artigos, sendo incluídos 35 artigos, que foram lidos na íntegra. Destes, 27 documentos foram excluídos, pois não respondiam à pergunta norteadora do estudo. Assim, 7 artigos foram incluídos neste estudo.

Estágio de análise de dados - os 7 artigos selecionados neste estudo foram listados e analisados, de acordo com referência, país, idioma, ano de publicação e objetivo. Esta análise pode ser vista nos resultados.

Da análise dos artigos, emergiram três categorias:

- I- Percepções dos estudantes, pacientes e equipe em relação ao estágio curricular.
- II- Percepção dos estágios curriculares em APS na formação dos estudantes.

I - Percepções dos estudantes, profissionais da saúde e pacientes em relação ao estágio curricular.

Os acadêmicos de medicina enquanto estão em seu processo de graduação passam por uma diversidade de cenários e realidades distintas durante toda sua formação, a atenção primária é o pilar desse aprendizado pois tem como objetivo avaliar e acompanhar o paciente como um todo, tentando otimizar e centralizar a rede de cuidado no paciente de maneira plural. Estudo demonstrou que a importância dos estágios principalmente na atenção primária, traz benefícios, não só na formação do acadêmico, mas se traduz em ganhos para comunidade e alterando a percepção do usuário não apenas sobre o seu processo de doença, podendo proporcionar modificação na realidade do serviço prestado à população. Dessa forma os estudos demonstram que a inserção dos acadêmicos na rede de cuidado leva aos usuários o reforço da narrativa que a educação em saúde é um recurso pelo qual o conhecimento científico produzido durante a prática clínica, intermediado pelos profissionais e acadêmicos promove o entendimento dos fatores que condicionam o processo saúde-doença e os mecanismos necessários para a adoção de novas condutas terapêuticas. (ALMEIDA, et al , 2012).

Ainda a respeito da introdução dos acadêmicos na atenção primária, um estudo realizado nos Estados Unidos demonstrou o impacto dos estágios na atenção primária para a formação de acadêmicos de medicina nas universidades americanas. Os alunos demonstram satisfação na realização dos estágios assim como de acompanharem seus preceptores, mesclando a atenção primária com outras áreas de interesse dos alunos. Ademais os estudantes principalmente os mais velhos reconheceram a importância da atenção primária na prática médica e da interlocução necessária entre os profissionais que atuam na atenção primária e os profissionais das especialidades, além de reconhecerem a especialização na área da atenção primária, no Brasil tomando forma pelos médicos de família como a especialidade que promove o pilar do método clínico centrado na pessoa. (HAWTHORNE, DINH, 2017).

O médico generalista em muitos locais do globo é o primeiro contato dos usuários que buscam o cuidado à saúde, realizando a importante tarefa de direcionar e coordenar o tramite do usuário através da rede de atenção. Com base na visão desses profissionais o ensino melhora o trabalho em grupo, toda via

acarreta um acúmulo de funções durante a supervisão dos estudantes durante o processo, adicionando uma carga negativa apontam vários estudos, mas esses achados não são conclusivos pois tem interferência do contexto clínico e da forma que a rede está organizada para melhor acolher esses estudantes. Um estudo feito na Austrália buscou demonstrar a perspectiva dos alunos sobre o seu impacto nos serviços oferecidos ao usuário do sistema de saúde. A pesquisa demonstrou que (85%) dos alunos não sentiu que os pacientes tiveram qualquer problema com sua presença e que os alunos demonstram confiança em realizarem as consultas. Ademais os médicos generalistas possuem a percepção que conseguem conciliar suas atribuições de ensino e de atendimento dos pacientes, levantando a necessidade da estruturação da rede de maneira coesa afim de proporcionar um campo de aprendizado para os acadêmicos quanto de qualidade para os usuários afim de evitar o acúmulo de funções apontado por diversos estudos. (PARTANEN et al., 2016).

Um dos principais desafios para a integração de maneira completa dos estudantes nas equipes é a falta de capacitação e integração das equipes. Estudos mostram que a falta de interdisciplinaridade e capacitação formam um problema recorrente para a inserção de estudantes na prática da atenção primária. Uma vez que durante os atendimentos ocorre uma fragmentação do cuidado que prejudica a integração da equipe como um todo e a inserção do acadêmico, pois nenhum profissional detém todas as ferramentas para atender o paciente de forma integral. Dessa forma é necessário o reconhecimento de todos os profissionais envolvidos no processo de cuidado, incentivando o diálogo contínuo e o combate a fragmentação do cuidado, a fim de promover o fortalecimento do vínculo para que a interdisciplinaridade se concretiza. O estudo observou que integração dos estudantes a equipe acontece quando ocorre o processo de centralização do cuidado pela equipe, assistindo o indivíduo de maneira completa, quebrando a visão acerca da saúde ser a ausência de doenças, mas sim instituindo a visão de ser um produto social. (Caldeira, et al., 2013).

II-Importância dos estágios curriculares em APS na formação dos estudantes de medicina

O enfoque da formação médica há muito tempo foi baseado segundo o relatório Flexner, que prioriza uma medicina de características mais mecânica muito diferente das diretrizes atuais do SUS trazidas na constituição de 1988, que busca o conceito de saúde mais amplo baseado no modelo biopsicossocial. A estrutura na qual foi moldado o SUS tem como pilar a atenção primária que tem o papel de realizar a coordenação do cuidado, atuando e acompanhando o paciente em todo seu processo de cura e posterior acompanhamento longitudinal. Tendo como base esse pilar a importância dos estágios na atenção primária vem ganhando destaque na última década, principalmente com novos modelos de ensino como o PBL, que prioriza justamente o aprendizado baseado em problemas palpáveis e a

inserção dos estudantes de maneira precoce na atenção primária, especificamente em estratégias de saúde de família e UBS. Estudos mostram que a atuação dos estudantes na atenção primária tanto no ciclo básico, quanto no internato demonstram resultados positivos para o desenvolvimento do estudante, uma vez que é na atenção primária o aluno tem contato com o paciente de forma completa sem as barreiras existentes quando é realizado o acompanhamento do paciente em ambulatorios ou enfermeiras especializados pois ao deslocar o estudantes desses ambientes privilegia outros aspectos importantes para a prática médica, muitos deles negligenciados no cuidado terciário. (Ranzani, et al.,2022)

As diretrizes curriculares dos cursos de medicina visam a formação e educação médica a partir da integração com o serviço e o cuidado centrado no usuário. Partir integrante desse aprendizado se dá nos estágios onde os alunos realizam a ponte do conhecimento técnico adquirido em sala de aula e o aplicam na prática. Segundo estudo realizado no Chile o contato direto com o paciente em estágios no âmbito rural e em unidades básicas dentro de cidades leva os estudantes a um contato mais íntimo com aquela comunidade, expondo a eles uma realidade muito diferente daquelas vividas anteriormente, pois essa vivencia e experiencia proporciona aos acadêmicos uma visão da integralidade e continuidade do cuidado não está baseada apenas na forma de protocolos e diretrizes ou apenas no mero conhecimento técnico da rede afim de melhor manejar o usuário mas sim na compreensão completa dos processos de saúde e doença vivenciados por pessoas de diferentes matrizes culturais diversas inseridas no microcosmos da atenção primária (Pesse-Sorensen , et al.,2022).

Profissionalismo médico (PM) compreende o exercício da medicina considerando ciência, consciência e excelência. Dentro do curso de medicina esse PM se mostra excencial pois ele norte todas as atitudes tomadas pelo profissional, assim sendo peça chave durante a formação desses estudantes. Estudos mostram que esse PM é treinado e instigado durante os estágios dentro da APS, principalmente em ESF e UBS pois os estudantes são instigados a terem proatividade na resolução de problemas reais vivenciados pelo paciente de forma a respeitar sua autonomia e o considerando um ser social priorizando a promoção de saúde e a prevenção de enfermidades, com ênfase no contexto familiar e na comunidade. Durante o estudo foram levantados diversos descritores na pesquisa com esses alunos durante o estágio e os mais difundidos entre eles á ética , responsabilidade e a empatia habilidades extremamente necessárias para a consolidação do profissionalismo médico, entretanto o estudo demonstrou que ainda são necessários modificações e ajustes para aprimorar ainda mais a construção do PM, pois ainda é aplicado de forma muito fragmentada, pontual sendo necessário uma maior integração para incorporar esses atributos necessários para a qualidade do ensino médico e nos serviços prestados aos usuários, principalmente na Atenção primária (Parente, et al ., 2022).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão da literatura desenvolvida apresentou elementos relevantes para a compreensão sobre a importância da necessidade de inserção precoce dos estágios na atenção primária em saúde pelos estudantes de medicina. Dessa forma fica claro os desafios propostos para a realização dessa inserção, uma vez que para que essa integração entra a equipe multidisciplinar da Unidade de Atenção básica e os acadêmicos seja coesa e eficiente para ambas as partes é necessário que esta equipe esteja capacitada e com a quantidade de profissionais necessários para o mesmo, as diretrizes curriculares devem estar adequadas para poderem proporcionar essa integração de uma forma eficaz, para poderem proporcionar ao aluno a visão e as ferramentas necessárias para o atendimento da população de maneira integral e dentro de um processo de longitudinalidade do cuidado. Assim fica nítido durante a revisão da literatura como o aprendizado dentro da atenção primária em saúde é importante para a formação do acadêmico de medicina, uma vez que a profissão médica necessita de uma conjunção de fatores como o conhecimento técnico que é obtido no processo de metodologias ativas que buscam a inserção na rede de maneira precoce por meio de Sessões tutoriais que sintetizam o estudo da literatura realizado previamente pelo estudante, alinhado ao conhecimento técnico temos a experiência e a prática do profissional que é alcançada de diversas formas, mas a que possui caráter central que propicia as outras é essa integração na atenção primária e no método centrado no paciente.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S.; GOMES, A. P.; REZENDE, C. H. A.; SAMPAIO, M. X.; DIAS, O. V.; LUGARINHO, R. M.; A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. Revista Brasileira Educação, v.32, n.3, p.356-62,2008.

AQUINO, R. C. C.; MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. Texto Contexto Enferm, v.15, n.4, p.:679-84, 2006.

BULCÃO, L. G.; EL-KAREH, A. C.; SAYD, J. D. Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950). Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos, v.14, n.2, p.469-87, 2007.

CALDEIRA, E. S.; LEITE, M. T. S.; RODRIGUES-NETO, J. F. Estudantes de Medicina nos Serviços de Atenção Primária: Percepção dos Profissionais. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 35, n. 7, p.:477-485, 2011.

CAMPOS, G. W. S. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica: diretrizes. Rio de Janeiro:ABEM; 2005. (Documento preliminar)

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 24, n.Sup1, p:7-27, 2008.

COSTA, N. M.S. Docência no Ensino Médico: por que é tão difícil mudar? *Rev Bras Educ Med*, v.31, n. 1, p. 21-30, 2007.

GOULART, L. M. H. F.; ALVES, C. R. L.; BELISÁRIO, A. S.; ABREU, D. M. X.; LEMOS, J. M. C.; MASOTE, A. W. Abordagem pedagógica e diversificação dos cenários de ensino médico: projetos selecionados pelo PROMED. *Rev Bras Educ Med*, v,33, n. 4, p. 606-14, 2009.

IRBY, D. M.; Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the literature. *Acad Med*, v.70, p. 898-931, 1995.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

MORAES, R. Análise de Conteúdo. *Rev Educ*, v.22, n. 37, p.:7-23, 1999.

RODRIGUES, C. A.; NETO, P. P; BEHRENS, M. A. Paradigmas Educacionais e a Formação Médica. *Revista Brasileira Educação*, v.28, n. 3, p. 234-41, 2004.

ROQUETE, A. M. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Conselho Nacional de Educação; 2001.

SMITH, M. R.; YONG, W. W.; KELLER, A. M. An Efficient and Effective Teaching Model for Ambulatory Education. *Acad Med.*, v.77, n.7, p.: 593-9, 2002.

SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8.

ÍNDICE**A**

Adriana Aparecida Silvestre Gera-Ribeiro, 72

B

Bruno Finoti Barini, 117

D

Daniela Cardoso Ávila, 98
Daniela de Figueiredo Ribeiro, 3, 8, 58

E

Estevão Augusto Barbosa de Moura, 117

G

Guilherme da Cunha Ferreira, 42

K

Kelly Jacqueline Barbosa, 81, 98

L

Lívia Maria Lopes, 146, 154
Lívia Maria Lopes Gazaffi, 146

Luiza Teodoro Campos Faleiros, 24

M

Manoela Pacheco Chagas, 8
Maria Fernanda dos Reis Queiroz, 58
Maria Laura Badoco de Souza, 72

N

Nicole Dias Sbrissa, 136

P

Pedro Ventura da Silva, 154

S

Sara Silveira Lopes Ribeiro Benjamin, 81

T

Thaynara Cristina de Freitas, 146

V

Viviane Rodrigues Esperandim Sampaio, 6, 24, 42, 136

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



unifacef.com.br

Av. Dr. Ismael Alonso y Alonso, 2400

0800 940 4688 / (16) 3713-4688



I.C. **Uni-FACEF**

Uni-FACEF
Centro Universitário Municipal de Franca