

Revista Brasileira de Saúde Funcional

PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO DE AGRAVOS E TRATAMENTO DE DOENÇAS NA PERSPECTIVA FÍSICA E MENTAL

Volume 1

Número 1

Junho 2017

ISSN: 2358-8691

ESPAÇO TEMÁTICO

"A DIETA DA FELICIDADE": RELAÇÕES ENTRE O CONSUMO DE ALIMENTOS SAUDÁVEIS E O BEM-ESTAR SUBJETIVO E PSICOLÓGICO

Wilma Raquel Barbosa Ribeiro

ARTIGOS

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: TERAPÊUTICAS, ADESÃO AO TRATAMENTO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Roquelina Câmara Silva, Vanessa Cruz Santos, Akemy Brandão Mochizuki e Karla Ferraz dos Anjos

MULHERES ENCARCERADAS COM SOROPOSITIVIDADE PARA HIV: PERCEPÇÃO SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO

Denise Santana Silva Dos Santos, Tânia Christiane Ferreira Bispo e Emile Janaína da Silva Meneses

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM HIV/AIDS E PNEUMOCYSTIS JIROVECI

Camila Alves Rodrigues, Cleonice Menezes Barbosa Polveiro, Renato Alves Sandoval e Giulliano Gardenghi

SUPLEMENTAÇÃO DE GLUTAMINA NO TRATAMENTO DE DOENÇAS ASSOCIADAS À DISBIOSE INTESTINAL

Izabela Gelisk Pereira e Izabela Aparecida Rodrigues Ferraz

AÇÕES DESENCADEADAS PELO ENFERMEIRO PARA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E PREVENÇÃO DO DESMAME PRECOCE

Augusta Perpétua Rocha dos Santos, Geórgia Araújo dos Santos e Samylla Maira Costa Siqueira

PERSPECTIVAS E MOTIVAÇÕES PARA A ESCOLHA DA ESPECIALIZAÇÃO: UMA VISÃO DE GRADUANDOS DE FISIOTERAPIA

Roberto Rodrigues Bandeira Tosta Maciela, Marcelo Peixoto Souza, Daniel dos Santos Cerqueira, Héber Nunes Cerqueira e Marcio Costa de Souza



Faculdade Adventista da Bahia

BRASIL

Revista Brasileira de Saúde Funcional

PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO DE AGRAVOS E TRATAMENTO DE DOENÇAS NA PERSPECTIVA FÍSICA E MENTAL

Volume 1

Número 1

Junho 2017

ISSN: 2358-8691

EDITORA-CHEFE

Dra. Elenilda Farias de Oliveira

Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

CONSELHO EDITORIAL

Dr. Fabiano Leichsenring Silva

Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Dr^a. Wilma Raquel Barbosa Ribeiro

Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Me. Dayse Rosa Mota Pinto

Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Me. Ohana Cunha Nascimento

Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Editor administrativo Esp. Emerson Kiekow de Britto Rodrigues Alves

Núcleo de Tecnologias Educacionais - Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Bibliotecário Uariton Boaventura

Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

CORPO EDITORIAL

Dr. Daniel Antunes Freitas

Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Minas Gerais, Brasil

Me. Izabela Ferraz

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública- EBMSP, Brasil

Me. Karla Ferraz dos Anjos

Escola de Enfermagem / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

Me. Quessia Paz Rodrigues

Escola de Enfermagem / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

Me. Samylla Maira Costa Siqueira

Escola de Enfermagem / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

Me. Vanessa Cruz Santos

Instituto de Saúde Coletiva – ISC / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

REVISORES DE LÍNGUA PORTUGUESA E INGLESA

Me. Maria Rita Sousa Barbosa, Faculdade Adventista da Bahia, Brasil.

Me. Samylla Maira Costa Siqueira, Faculdade Adventista da Bahia, Brasil

DIAGRAMAÇÃO

Elomar Xavier

Website

<http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/RBSF>

Revista Brasileira de Saúde Funcional

PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO DE AGRAVOS E TRATAMENTO DE DOENÇAS NA PERSPECTIVA FÍSICA E MENTAL

Volume 1

Número 1

Junho 2017

SUMÁRIO

MENSAGEM EDITORIAL

PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO DE AGRAVOS E TRATAMENTO DE DOENÇAS NA PERSPECTIVA FÍSICA E MENTAL

Vanessa Cruz Santos

4

ESPAÇO TEMÁTICO

"A DIETA DA FELICIDADE": RELAÇÕES ENTRE O CONSUMO DE ALIMENTOS SAUDÁVEIS E O BEM-ESTAR SUBJETIVO E PSICOLÓGICO

Wilma Raquel Barbosa Ribeiro

6

ARTIGOS

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: TERAPÊUTICAS, ADESÃO AO TRATAMENTO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Roquelina Câmara Silva, Vanessa Cruz Santos, Akemy Brandão Mochizuki e Karla Ferraz dos Anjos

10

MULHERES ENCARCERADAS COM SOROPOSITIVIDADE PARA HIV: PERCEPÇÃO SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO

Denise Santana Silva Dos Santos, Tânia Christiane Ferreira Bispo e Emile Janaína da Silva Meneses

22

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM HIV/AIDS E PNEUMOCYSTIS JIROVECI

Camila Alves Rodrigues, Cleonice Menezes Barbosa Polveiro, Renato Alves Sandoval e Giulliano Gardenghi

35

SUPLEMENTAÇÃO DE GLUTAMINA NO TRATAMENTO DE DOENÇAS ASSOCIADAS À DISBIOSE INTESTINAL

Izabela Gelisk Pereira e Izabela Aparecida Rodrigues Ferraz

46

AÇÕES DESENCADEADAS PELO ENFERMEIRO PARA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E PREVENÇÃO DO DESMAME PRECOCE

Augusta Perpétua Rocha dos Santos, Geórgia Araújo dos Santos e Samylla Maira Costa Siqueira

56

PERSPECTIVAS E MOTIVAÇÕES PARA A ESCOLHA DA ESPECIALIZAÇÃO: UMA VISÃO DE GRADUANDOS DE FISIOTERAPIA

Roberto Rodrigues Bandeira Tosta Maciela, Marcelo Peixoto Souza, Daniel dos Santos Cerqueira, Héber Nunes Cerqueira e Marcio Costa de Souza

66

DIRETRIZES PARA AUTORES

74

Revista Brasileira de Saúde Funcional

PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO DE AGRAVOS E TRATAMENTO DE DOENÇAS NA PERSPECTIVA FÍSICA E MENTAL

EDITORIAL

Esta edição da Revista Brasileira de Saúde Funcional (REBRASF) apresenta seu número temático com o propósito de contextualizar e ampliar os conhecimentos, a partir de abordagens contemporâneas, de saúde física e mental, que englobam os eixos da promoção, prevenção e tratamento.

Diante de um conceito ampliado de saúde, entende-se que esta é subsidiada por dimensões física, mental e social. Logo, a saúde mental é parte integrante da saúde global, pois são interdependentes. Além do que, a saúde física exerce uma considerável influência sobre a saúde mental¹ e vice versa. Assim, para fazer saúde é essencial a efetivação de ações de promoção à saúde que se somam às de prevenção de agravos e tratamento de doenças numa perspectiva física e mental. E, a partir desta ideia, têm-se proposto mudanças no campo da atenção à saúde no cenário internacional e nacional.

Internacionalmente, a Carta de Ottawa contribuiu para inserção da promoção da saúde em políticas públicas de vários países. No Brasil, com a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde², tem se reforçada a necessidade de ações que promovam saúde e previnam agravos, como componente essencial do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial da Atenção Básica, o que poderá reduzir indicadores de morbidade e mortalidade.

Entretanto, é incipiente a realização de ações de promoção à saúde e prevenção de agravos no Brasil, o que tem contribuído para elevar a carga de doenças físicas e mentais em diversos grupos populacionais. Deste modo, o tratamento às pessoas com algumas destas doenças torna-se fundamental e deve ser humanizado e acolhedor, capaz de atender às demandas específicas de cada pessoa, assim como ser ofertado de maneira universal, integral e com equidade, conforme os princípios do SUS.

Para isso, os profissionais de saúde precisam estar capacitados a planejar propostas de tratamento que abarquem a saúde física e mental e sejam realizados na rede de atenção à saúde, de forma interdisciplinar e intersetorial. Assim, será possível senão a cura da doença, ao menos, evitar suas possíveis complicações, favorecendo à pessoa melhor qualidade de vida.

Diante do contexto, esta edição da REBRASF apresenta produções científicas que trazem contribuições a respeito de ações de promoção do aleitamento materno e prevenção do desmame precoce, tratamentos de pessoas acometidas por transtorno afetivo bipolar, doenças associadas à disbiose intestinal, Hiv positivo, Aids e pneumocystis jirovecii e perspectivas e motivações para escolha da especialização.

Revista Brasileira de Saúde Funcional

PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO DE AGRAVOS E TRATAMENTO DE DOENÇAS NA PERSPECTIVA FÍSICA E MENTAL

EDITORIAL

Excelente leitura a todXs!

Vanessa Cruz Santos

Enfermeira, Doutoranda, Instituto de Saúde Coletiva/
Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Salvador
(BA), Brasil.

E-mail: vanessacruz@hotmail.com

REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization. Strengthening mental health promotion. Geneva, 2001.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

“A DIETA DA FELICIDADE”: RELAÇÕES ENTRE O CONSUMO DE ALIMENTOS SAUDÁVEIS E O BEM-ESTAR SUBJETIVO E PSICOLÓGICO

O consumo de uma dieta balanceada, composta de alimentos saudáveis tem sido, frequentemente, relacionado a benefícios na saúde física. Pessoas que consomem mais frutas e vegetais, em geral, apresentam menor risco de serem acometidos por alguns tipos de cânceres ⁽¹⁾, possuem maior longevidade ⁽²⁾, melhor desempenho cardiovascular ⁽³⁾, e tem menor pressão arterial ⁽⁴⁾ quando comparadas aquelas que ingerem menos este tipo de alimento. Ultimamente, tem surgido uma preocupação por parte dos pesquisadores na realização de estudos que apontem e comprovem os benefícios deste tipo de dieta na melhoria da saúde mental.

A dieta mediterrânea tem sido foco de pesquisas que relacionam diversas variáveis à sua adesão. Esta dieta é caracterizada pela composição de alimentos como frutas e vegetais frescos, azeite de oliva, grãos integrais, e ausência de alimentos cárneos ⁽⁵⁾. Alguns estudos tem verificado a influência da dieta mediterrânea ou de apenas frutas e vegetais em aspectos psicológicos, considerando temáticas como: bem-estar psicológico ⁽⁶⁾ ou subjetivo ⁽⁵⁾, afetos ⁽⁷⁾, regulação emocional ⁽⁷⁾, ansiedade ⁽⁸⁾ e depressão ⁽⁹⁾. A dieta mediterrânea também foi relacionada com uma melhoria do humor, e melhor qualidade de vida ⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Tais pesquisas abrangem levantamentos epidemiológicos ou se utilizam de métodos observacionais que não permitem um estabelecimento de uma relação causal das variáveis envolvidas mas apontam para um importante efeito a ser considerado e melhor compreendido ⁽⁶⁾. Dentre as relações mais analisadas encontra-se a estabelecida entre a dieta saudável e o bem-estar subjetivo, e entre a adesão a esta dieta e o bem-estar psicológico.

O bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico são considerados como as duas concepções científicas mais tradicionais e relevantes sobre bem-estar no campo psicológico sendo cada uma delas oriundas de visões filosóficas distintas sobre felicidade. ⁽¹²⁾ O bem-estar subjetivo (BES) abrange as avaliações que as pessoas fazem de suas vidas, sendo composto de elementos afetivos (dimensão emocional) e elementos cognitivos (dimensão cognitiva) ⁽¹³⁾. A dimensão emocional do BES

Palavras-chave:

Obesidade abdominal; Mulheres; Pobreza; Ingestão de alimentos; Comportamento alimentar.

se refere à frequência com que os indivíduos experimentam emoções positivas e negativas. Já a dimensão cognitiva, abrange a satisfação com a vida, que pode ser compreendida como um julgamento cognitivo de um domínio da vida considerado pelo indivíduo⁽¹⁴⁾. Deste modo, um nível de BES adequado envolve maior frequência de emoções positivas do que negativas e níveis mais elevados de satisfação com a vida.⁽¹²⁾

Ford e colaboradores⁽¹⁵⁾ apontam para o fato de que os afetos positivos e negativos, constituintes do bem-estar subjetivo, podem estar associados ao padrão de dieta escolhido pelo indivíduo. Em um estudo realizado pelos autores, alimentos como vegetais e frutas frescas, óleo de oliva e legumes foram relacionados a vivências de afetos positivos, enquanto o consumo de doces, soda e *fast food* encontraram-se relacionados negativamente a estes afetos. Por sua vez, o estudo demonstrou que quanto maior o consumo de carne vermelha, doces e *fast food* maiores eram as vivências de afetos negativos relatadas pelos sujeitos. E menores níveis desses afetos também foram apresentados por indivíduos que afirmavam ingerir mais alimentos como frutas e vegetais frescos, e nozes. Esses achados foram corroborados por Holt e colaboradores⁽⁷⁾ que identificaram uma associação entre a adesão à dieta mediterrânea, e maiores níveis de afetos positivos e menores níveis de afetos negativos. A restrição de alimentos cárneos também leva a melhoria do humor⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Uma vez que não há relação causal, pode-se inferir que os afetos são capazes de influenciar a escolha dos alimentos ou a ingestão de tais alimentos influenciam os afetos. Entretanto, Holt e colaboradores⁽⁷⁾ propõem uma explicação da relação entre dieta e afeto através dos benefícios neuroquímicos. A ingestão de alimentos com alto teor de fibras e antioxidantes pode promover processos anti-inflamatórios que previnem o estresse oxidativo. Por sua vez, o ácido araquidônico e o ácido gordo ômega 6 encontrados em alimentos cárneos possuem citocinas pro-inflamatórias que afetam a sinalização neuroendócrina, o que influencia os estados afetivos.

Deste modo, as pesquisas indicam o Bem-estar subjetivo está associado ao padrão da dieta assumido pelo indivíduo. Mas será que experiências de significado e propósito de vida (bem-estar psicológico) são mais vivenciadas por indivíduos que tem uma dieta mais saudável? Estudos recentes indicam que esta relação pode ser verificada⁽¹⁸⁾. O Bem-estar Psicológico-BEP é um construto que está associado às experiências de desenvolvimento pessoal, autorrealização e sentido da vida. Mais especificamente abrangem sentimentos de autoaceitação, relações positivas com outras pessoas, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito de vida, e crescimento pessoal⁽¹⁹⁾.

Pouca atenção havia sido concedida, até então, ao papel dos alimentos na constituição do bem-estar psicológico, provavelmente decorrente do fato das principais contribuições para o campo serem oriundas das ciências sociais. A preocupação com a relação entre BEP e alimentação é recente quando comparada aos estudos que evidenciam o papel na dieta na melhora da saúde física⁽²⁰⁾. Evidentemente quando a saúde física é beneficiada pode também haver ganhos nos aspectos relacionados ao bem-estar psicológico⁽²¹⁾. Assim, embora se possa pensar sobre o papel mediador da melhora na saúde física na relação entre o consumo de alimentos saudáveis e o aumento do bem-estar psicológico, estudos tem demonstrado uma relação direta entre essas últimas variáveis⁽¹⁸⁾.

Achados de uma pesquisa realizada por Mujcic e Oswald⁽²⁰⁾ apontam para o fato de que alimentar-se de frutas e verduras oferece um ganho no BEP em um período de 2 anos, o que é considerado mais rápido do que aquele que é verificado na saúde física através do consumo de tais alimentos. Conner e colaboradores⁽¹⁸⁾ responsabilizam a atuação dos micronutrientes existentes nas frutas e verduras como provável explicação desta relação. Ou seja, vitamina C, antioxidantes e vitaminas B podem aumentar os níveis de BEP através de uma maior sintetização de neurotransmissores como dopamina, serotonina e ocitocina. A dopamina e serotonina são responsáveis pelo humor, sendo a dopamina fundamental para a motivação e entusiasmo.

Por fim, considerar as relações estabelecidas entre o Bem estar subjetivo e o psicológico, e um

padrão de dieta saudável, traz duas importantes implicações. Primeiro, apontam para a necessidade de que as pesquisas direcionadas a estes construtos devam avançar no que se refere a descoberta da relação de causalidade entre as variáveis. Segundo, os estudos até então realizados nos trazem uma nova luz sobre a forma como uma população alimenta-se e a implicação desta ingestão diária para a saúde mental, tornando imprescindíveis ações que visem diminuir a oferta de alimentos danosos à saúde e substituí-los por alimentos saudáveis.

REFERÊNCIAS

1. Boffetta P, Couto E, Wichmann J, Ferrari P, Trichopoulos D, Bueno-de-Mesquita HB, et al. Fruit and vegetable intake and overall cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *Journal of the National Cancer Institute*. 2010; 102(8):529-37.
2. Bellavia A, Larsson SC, Bottai M, Wolk A, Orsini N. Fruit and vegetable consumption and all-cause mortality: a dose-response analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2013; 98(2):454-9.
3. Oyebode O, Gordon-Dseagu V, Walker A, Mindell JS. Fruit and vegetable consumption and all-cause, cancer and CVD mortality: analysis of Health Survey for England data. *J Epidemiol Community Health*. 2014;68(9):856-862.
4. Dieta Mediterrânea reduz pressão arterial de 24 horas, glicemia e lipídios: ensaio clínico randomizado de um ano. Doménech M, Roman P, Lapetra J, De la Corte FJG, Sala-Vila A, Rafael De la Torre R, Corella D, Salas-Salvador J, Ruiz-Gutiérrez V, Lamuela-Raventós R, Toledo E, Estruch R, Coca A, Ros E. *Rev Bras Hipertens*. 2014;21(3):171-172.
5. Ford P, Jaceldo-Siegl K, Lee JW, Youngberg W, Tonstad S. Intake of Mediterranean foods associated with positive affect and low negative affect. *J Psychosom Res*. 2013;74:142-8.
6. Conner TS, Brookie KL, Carr AC, Mainvil LA, Vissers MCM. Let them eat fruit! The effect of fruit and vegetable consumption on psychological well-being in young adults: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*. 2017; 12(2):e0171206.
7. Holt, M E, Lee, Jerry W, Morton, KR, Tonstad, S. Mediterranean diet and emotion regulation. *Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism*. 2014; 7(3): 163-172.
8. McMartin SE, Jacka FN, Colman I. The association between fruit and vegetable consumption and mental health disorders: evidence from five waves of a national survey of Canadians. *Preventive Medicine*. 2013 Apr 30; 56(3):225-30.
9. Allgower A, Wardle J, Steptoe A. Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health Psychology*. 2001; 20(3):223.
10. Beezhold B, Johnston C, Daigle D. Vegetarian diets are associated with healthy mood states: a cross-sectional study in Seventh Day Adventist adults. *Nutr J*. 2010;9:26.
11. Steptoe A, Perikins-Porres L, Hiton Rink E, Cappucio F. Quality of life and self-related health in relation to changes in fruit and vegetables intakes and in plasma vitamin C and E in a randomized trial of behavioral and nutrition education counseling. *Br J Nutr*. 2004;92:177-84.
12. Siqueira, M M M, Padovam, V A R. Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2008; 24(2):201-209.
13. Diener, E, Suh, E, Oishi S. Recent findings on subjective well being. *Indian Journal of Clinical Psychology*. 1997; 24(1), 25-41.

14. Diener, E. A value based index for measuring national quality of life. *Social Indicators Research*. 1995; 36, 107-127.
15. Ford P, Jaceldo-Siegl K, Lee JW, Youngberg W, Tonstad S. Intake of Mediterranean foods associated with positive affect and low negative affect. *J Psychosom Res*. 2013;74:142-8.
16. Beezhold BL, Johnston CS, Daigle DR. Vegetarian diets are associated with healthy mood states: A cross-sectional study in Seventh Day Adventist adults. *Nutr J*. 2010;9:26.
17. Beezhold BL, Johnston C. Restriction of meat, fish, and poultry in omnivores improves mood: A pilot randomized controlled trial. *Nutr J*. 2012;11:9.
18. Conner TS, Brookie KL, Richardson AC, Polak MA. On carrots and curiosity: Eating fruit and vegetables is associated with greater flourishing in daily life. *Br J Health Psychol*. 2015; 20(2):413-27.
19. Machado WL, Bandeira DR. Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia*. 2012; 29(4):587-595.
20. Mujcic R, Oswald A. Evolution of well-being and happiness after increases in consumption of fruit and vegetables. *Am J Public Health*. 2016;106(8):1504-10.
21. Blanchflower, DG , Oswald, AJ, Stewart-Brown, S L. *Is psychological well-being linked to the consumption of fruit and vegetables?* *Social Indicators Research*. 2013;114(3): 785-801.

Roquelina Câmara Silva
roquelina-silva@hotmail.com

Graduanda em enfermagem, Faculdade Maurício de Nassau - unidade mercês, Salvador (BA), Brasil.

Vanessa Cruz Santos
vanessacruz@hotmail.com

Enfermeira, Doutoranda em Saúde Pública, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), Salvador (BA), Brasil.

Akemy Brandão Mochizuki
akemy.brandao@gmail.com

Psicóloga, Mestre em Psicologia do Desenvolvimento, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia (PPG-PSI/UFBA), Salvador (BA), Brasil.

Karla Ferraz dos Anjos
Karla.ferraz@hotmail.com

Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: TERAPÊUTICAS, ADESÃO AO TRATAMENTO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

*BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER: THERAPIES, TREATMENT
ADHERENCE AND NURSING ASSISTANCE*

RESUMO: O transtorno afetivo bipolar é responsável por elevados índices de morbidade e mortalidade. A ocorrência desse transtorno está relacionada a fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicossociais, e poderá ser reduzida a partir das terapêuticas, da adesão do indivíduo com o transtorno ao tratamento e com a assistência de enfermagem. Sendo assim, torna-se relevante a realização de estudos sobre essa temática. Nesse sentido, objetivou-se analisar o que a literatura aborda sobre as terapêuticas, adesão ao tratamento e a assistência de enfermagem à pessoa com transtorno afetivo bipolar. Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada nas bases de dados Lilacs e SciELO. Os descritores utilizados foram: transtorno bipolar, tratamento e assistência de enfermagem. Os resultados apontaram que, entre as terapêuticas identificadas nos artigos, estavam a farmacológica e a não farmacológica, como a psicoeducação, terapia cognitivo-comportamental e a eletroconvulsoterapia, sendo que a farmacológica foi mais citada. Fatores como os efeitos colaterais das medicações, sintomas de melhora e desmotivação do indivíduo com o transtorno dificultam a adesão ao tratamento. A contribuição da enfermagem no tratamento ao indivíduo com transtorno afetivo bipolar é fundamental e sua assistência inclui a comunicação terapêutica do enfermeiro com a pessoa com o transtorno, a família e a comunidade na qual ele se insere. Concluiu-se que há uma lacuna sobre as terapêuticas não farmacológicas que podem ser utilizadas no tratamento do transtorno afetivo bipolar e sobre a assistência de enfermagem à pessoa com esse transtorno. Logo, sugere-se ampliação dessa temática na produção científica, o que poderá contribuir para construção de estratégias específicas de tratamento para essas pessoas.

PALAVRAS-CHAVE:

Transtorno Afetivo Bipolar; Tratamento; Assistência de enfermagem.

ABSTRACT: Bipolar affective disorder is responsible for high rates of morbidity and mortality. The occurrence of this disorder is related to genetic, biological, environmental and psychosocial factors, and may be reduced through therapeutics, treatment adherence and nursing care. Therefore, it is relevant to carry out studies about this subject. The objective was to analyze what the literature approaches about the therapeutics, treatment adherence and nursing care to the person with bipolar affective disorder. This is a bibliography review, carried out in the Lilacs and SciELO databases. The descriptors used were: bipolar disorder, treatment and nursing care. The results indicated that among the therapies identified in the articles were pharmacological and non-pharmacological, such as psychoeducation, cognitive-behavioral therapy and electroconvulsive therapy, with pharmacological treatment being more frequent. Factors such as the side effects of drugs, symptoms of improvement and demotivation with disorder make treatment difficult the treatment adherence. The contribution of nursing in the treatment of individuals with bipolar affective disorder is fundamental and the assistance includes the therapeutic communication between nurse and the person with the disorder, the family and the community. It is concluded that there is a gap about the non-pharmacological therapies which can be used in the treatment of bipolar affective disorder and about the nursing care for person with this disorder. Therefore, it is suggested to expand this theme in scientific production, which may contribute to the construction of specific treatment strategies for these people.

KEYWORDS:

Bipolar Affective Disorder; Treatment; Nursing care.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno afetivo bipolar (TAB) é uma doença crônica, complexa e com altos índices de morbidade e mortalidade no mundo [1]. Segundo o 5º Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mental (DSM-V), esse transtorno é denominado de Transtorno bipolar (TB), classificado em transtornos bipolares tipo I (um ou mais episódios maníacos ou episódios mistos), tipo II (um ou mais episódios depressivos maiores acompanhados por, pelo menos, um episódio hipomaníaco), ciclotímicos (perturbação crônica e flutuante do humor) e aqueles sem outra especificação (SOE) [2].

Conforme a 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), utilizada pelo Sistema Brasileiro de Saúde para classificar os transtornos mentais e comportamentais, o TAB é caracterizado por episódios de humor alternados, os quais variam de acordo com intensidade, frequência e duração. Os episódios de humor podem variar entre episódio depressivo maior, maníaco, hipomaníaco e misto [3].

Estima-se que o TAB afeta cerca de 1% da população mundial. Entretanto, essa prevalência pode ser em média de 5%. As manifestações clínicas dos primeiros sintomas ocorrem geralmente na adolescência, especificamente entre os 18 e 22 anos [4]. Em torno de 15% a 19% dos indivíduos com TAB cometem suicídio [5].

As causas do TAB podem ser genéticas, biológicas, ambientais e psicossociais. Entre os fatores associados estão o histórico familiar de TAB, situação socioeconômica desfavorável e estressores

ambientais, somáticos e de personalidade [6], divórcio ou separação, problemas no trabalho ou interpessoais e doença. A identificação de eventos como esses pode ser importante para a clínica, por necessitar de maior atenção no tratamento considerando o risco de recaída da pessoa acometida pelo transtorno [7].

As pessoas com TAB necessitam de terapêuticas que contemplem a multifatorialidade na ocorrência desse transtorno, atendendo assim aspectos biológicos, ambientais e psicossociais, conforme modelo assistencial em saúde mental preconizado a partir da Lei 10.216 de abril de 2001, vigente no Brasil [8].

Entre as terapêuticas às pessoas com TAB, podem ser citadas as farmacológicas, que são mais recorrentes e as não farmacológicas, das quais estão os grupos de apoio, terapia focada na família, terapia cognitivo-comportamental, psicoeducação, entre outras [9,10,11]. Salienta-se que, por se tratar de um transtorno mental crônico, a adesão ao tratamento é fundamental para aumentar a possibilidade de melhorar o prognóstico. Porém, as pessoas com TAB nem sempre aderem corretamente ao tratamento [12].

Sendo assim, a enfermagem poderá contribuir por meio de sua assistência no tratamento à pessoa com TAB, uma vez que os enfermeiros permanecem ampla parte do tempo próximo a essas pessoas, oferecendo apoio emocional e espaço para a prática do cuidado de enfermagem psiquiátrica, que inclui, entre outras intervenções, o racionamento interpessoal terapêutico [13]. Entende-se então que as manifestações do TAB se iniciam precocemente na adolescência e podem ocasionar complicações na vida de indivíduos acometidos pelo transtorno, como o risco de suicídio. Além disso, apesar das terapêuticas não farmacológicas poderem contribuir para melhor prognóstico da pessoa com TAB, as terapêuticas farmacológicas são as mais recorrentes, embora vários indivíduos acometidos pelo transtorno não consigam aderir a ela, o que poderá ser amenizado com a assistência de enfermagem.

Nesse sentido, é relevante ampliar a discussão sobre as terapêuticas, adesão ao tratamento e assistência de enfermagem às pessoas acometidas por TAB. Justificando assim a necessidade de estudos que abordem essa temática, que é elementar no Brasil e precisa ser expandida para conhecimento de demandas específicas de pessoas com este transtorno. Para isso, o objetivo desse estudo é analisar o que a literatura aborda sobre as terapêuticas, sobre a adesão ao tratamento e a assistência de enfermagem à pessoa com transtorno afetivo bipolar.

2. MÉTODO

Estudo de revisão bibliográfica, realizado por meio das bases de dados virtuais Literatura *Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), com coleta no período de outubro a dezembro de 2016. Para a busca dos artigos, foram utilizados os descritores em ciências da saúde (DECS): transtorno bipolar, assistência de enfermagem, tratamento.

Adotaram-se como critérios de inclusão: artigos completos realizados no Brasil, disponibilizados de forma gratuita com resumos disponíveis nas bases selecionadas, que apresentassem no título e/ou resumo aspectos relacionados a terapêuticas, adesão ao tratamento e à assistência de enfermagem à pessoa com transtorno afetivo bipolar. E, como critério de exclusão: artigos duplicados nas bases de dados.

Acrescidos critérios de inclusão, foi utilizado o recorte temporal de maio 2001 a novembro de 2016,

com a perspectiva de inserir nesta revisão os artigos publicados após o sancionamento da Lei nº 10.216 de abril de 2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira) [8]. Isso porque as abordagens desta revisão referem-se às terapêuticas, à adesão ao tratamento do TAB e assistência de enfermagem à pessoa com esse transtorno. A referida Lei, ao redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, aponta que pessoas com transtorno mental devem ser assistidas preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental e ter a finalidade de reinserção social do indivíduo em seu meio. Logo, a partir deste recorte temporal, será possível identificar nos artigos analisados se as abordagens encontradas estão de acordo a lei vigente no Brasil.

Foram encontradas 43 publicações antes de estabelecer os critérios de inclusão. Dessas, 14 estavam na Lilacs, 29 na SciELO e 11 nas duas bases, concomitantemente. Após a leitura dos títulos e resumos e adoção dos critérios estabelecidos, excluíram-se 31 publicações. Logo, esta revisão foi composta por 12 artigos. Feita a leitura exaustiva do material que preenchia aos critérios de inclusão, realizou-se a análise dos artigos selecionados, na busca de pontos em comum entre os autores, a fim de contemplar o objetivo proposto.

Um quadro sinóptico foi construído para sintetizar os resultados dos artigos utilizados nessa revisão. Esse quadro contém os seguintes aspectos: nome dos autores, ano de publicação, título do artigo, base de dados, periódico, objetivo, principais resultados e conclusões. Em seguida, a discussão foi subsidiada por meio de três categorias criadas a partir dos resultados deste estudo: Terapêuticas utilizadas no transtorno afetivo bipolar; Adesão ao tratamento de indivíduos com transtorno afetivo bipolar; e Assistência de enfermagem ao indivíduo com transtorno afetivo bipolar.

3. RESULTADOS

Nessa revisão foram analisados 12 artigos que estavam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão determinados antecipadamente. Todos estavam distribuídos nas bases de dados, respectivamente: SciELO, 9 (75,00%) e Lilacs, 3 (25,00%). A maioria foi publicada no ano de 2004, 4(33,33%). Estavam publicados em 7 periódicos diferentes, sendo que a Rev. Psiq. Clín teve maior número de publicações 4(33,33%). Conforme quadros 1 e 2.

Quadro 1. Caracterização da produção científica analisada, segundo autor (es), ano, título e objetivo (os). Salvador- BA, Brasil, 2016

Autor (es)	Ano	Título	Objetivo (os)
Neto FL [13]	2004	Terapia comportamental cognitiva para pessoas com transtorno bipolar.	Descrever os objetivos e principais técnicas da terapia comportamental cognitiva usada para psicoterapia das pessoas com transtorno bipolar.
Knapp P, Isolan L [14]	2005	Abordagens psicoterápicas no Transtorno bipolar	Examinar as evidências atuais da eficácia de intervenções psicoterápicas no tratamento do transtorno bipolar.
Moreno RA, Moreno DH, Ratzke R [15]	2005	Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar	Conhecer os tratamentos e prevenções utilizados na mania e hipomania do transtorno bipolar.

Souza FGM [1]	2005	Tratamento do transtorno bipolar – Eutimia	Conhecer os tratamentos do transtorno bipolar no paciente eutímico.
Santin A, Ceresér K, Rosa A [9]	2005	Adesão ao tratamento no transtorno bipolar	Analisar a prevalência de pacientes portadores de TB na adesão ao tratamento.
Miasso AL, Cassiani, SHDB, Pedrão LJ [16]	2007	Estratégias adotadas por pessoas com transtorno afetivo bipolar e a necessidade de terapêutica medicamentosa	Identificar as estratégias adotadas pela pessoa com TAB diante da necessidade de uso contínuo de medicamentos para a estabilização do transtorno, na perspectiva do paciente e familiar.
Figueiredo ALD, Souza LD, Argimon IIDL [17]	2009	O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar	Investigar na literatura científica os resultados obtidos através do uso da psicoeducação no tratamento de transtorno bipolar.
Miasso AI, Cassiani SHDB, Pedrão LJ [18]	2011	Transtorno afetivo bipolar e a ambivalência em relação à terapia medicamentosa: analisando as condições causais	Compreender as condições causais da ambivalência da pessoa com TAB em relação ao seguimento da terapêutica medicamentosa.
Pedreira B, Soares MH, Pinto AC [6]	2012	O papel do enfermeiro na adesão ao tratamento de pessoas com transtorno afetivo bipolar: o que os registros dizem?	Descrever o papel do enfermeiro na adesão ao tratamento da pessoa com TAB.
Miasso AI, Mercedes BPDC, Tirapelli CR [11]	2012	Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento	Verificar a adesão de portadores de transtorno afetivo bipolar à terapêutica medicamentosa prescrita, pela aplicação do teste de Morisky-Green e identificar possíveis causas de adesão e não adesão ao medicamento, de acordo com as variáveis relacionadas ao perfil farmacoterapêutico.
Menezes SL, Souza MCBM [4]	2012	Implicações de um grupo de Psicoeducação no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar	Identificar as implicações do grupo de psicoeducação no cotidiano dos portadores.
Freire EC, Feijó CFC, Fonteles MMF, Soares JES, Carvalho TMJP [19]	2013	Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários com transtorno do humor de centro de atenção psicossocial do nordeste do Brasil	Avaliar a taxa de adesão ao tratamento e ao lítio de pacientes acometidos pelo TH, delineando o perfil farmacoepidemiológico destes.

Quadro 2. Caracterização da produção científica analisada, segundo base de dados, periódico, principais resultados e principais conclusões. Salvador- BA, Brasil, 2016

Nº	Base de dados	Periódico	Principais resultados	Principais conclusões
[13]	Lilacs	Rev. Bras. Psiquiatr	A síndrome sofre influências de fatores de estresse e tem importantes consequências psicossociais, interpessoais e de diminuição da qualidade de vida.	Porcentagem relevante de pessoas com TAB não tem boa resposta aos tratamentos atuais e há um campo aberto para o tratamento psicossocial.
[14]	SciELO	Rev. Psiqu. Clín.	A psicoeducação e a terapia cognitivo-comportamental apresentam as evidências mais consistentes; as intervenções envolvendo familiares e a terapia interpessoal e de ritmo social se mostram tratamentos eficazes em determinadas situações.	Necessários estudos que desenvolvam tratamentos baseados em modelos etiológicos e que identifiquem tratamentos específicos para as diferentes fases e tipos de transtorno bipolar.
[15]	SciELO	Rev. Psiqu. Clín.	Novas terapêuticas melhoraram o tratamento da mania aguda, porém o lítio continua sendo a primeira opção.	A olanzapina como agente alternativo de escolha na terapia preventiva.
[1]	SciELO	Rev. Psiqu. Clín.	As drogas que têm demonstrado evidência sólida no tratamento de manutenção do TAB são: lítio, valproato, carbamazepina, olanzapina e lamotrigina.	Devido ao número reduzido de pacientes em cada estudo, a conclusão torna-se um pouco limitada.
[9]	SciELO	Rev. Psiqu. Clín.	Em tratamentos prolongados, como é o caso do TB, a má adesão dos pacientes é uma das maiores dificuldades. Fatores ligados ao paciente, aos medicamentos e aos médicos são os responsáveis pela baixa adesão.	A psicoterapia, a terapia cognitiva comportamental e a terapia focada na família são estratégias propostas para o aumento da adesão.
[16]	SciELO	Esc Anna Nery R Enferm	Estratégias adotadas pela pessoa com TAB: aderindo à terapêutica medicamentosa; querendo conhecer melhor o transtorno e os medicamentos; participando do grupo de psicoeducação; buscando seus direitos em relação ao acesso ao medicamento e tendo fé.	Apesar da ambivalência em relação à adesão ao medicamento, a pessoa com TAB possui potencialidades para conviver com a situação.
[17]	SciELO	Rev. bras. ter. comport. cogn.	A psicoeducação se apresenta como um modelo eficaz para adesão ao tratamento psicofarmacológico, melhor compreensão e entendimento do transtorno, redução do número de episódios maníacos e internações, aumento da função social, bem como melhor manejo das situações de crise e sentimento de culpa.	A psicoeducação tem se mostrado efetiva na otimização dos efeitos dos tratamentos farmacológicos e de seus resultados, além de apresentar características preventivas para recaídas e para saúde mental dos familiares.
[18]	SciELO	Rev Esc Enferm USP	Três categorias de análise foram reveladas: vivendo as crises do transtorno; tendo a necessidade do medicamento e convivendo com os efeitos colaterais do medicamento.	Necessidade de mudança de atitude dos profissionais de saúde de culpabilizar o paciente pela interrupção do tratamento.

[6]	Lilacs	Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.	Os registros não relatam conduta de enfermagem na maioria das vezes e possuem aspectos da psiquiatria organicista em sua descrição.	O enfermeiro deve registrar suas intervenções e resultados adequadamente.
[11]	Scielo	Rev Esc Enferm USP	A maioria dos sujeitos investigados não adere ao medicamento.	Permanece como desafio a implementação de estratégias que possam melhorar, na prática, a adesão de pacientes ao tratamento.
[4]	Scielo	Rev Esc Enferm USP	Experiência grupal favoreceu a aquisição de conhecimento, a conscientização da doença e adesão ao tratamento, a realização de mudanças positivas na vida e descoberta de outras realidades e estratégias de enfrentamento.	Não há uma única forma de tratamento que dê conta da complexidade que envolve os problemas relacionados ao TAB.
[19]	Lilacs	Rev Ciênc Farm Básica Apl.	A maioria toma os medicamentos apenas quando se sente doente e seus pensamentos ficam mais coerentes quando está sob o uso de medicamentos.	Somente através de um tratamento bem estabelecido podem manter a doença estabilizada.

4. DISCUSSÃO

A partir da análise dos 12 artigos inseridos nesta revisão, foram delimitadas as seguintes categorias: a) Terapêuticas utilizadas no transtorno afetivo bipolar; b) Adesão ao tratamento de indivíduos com transtorno afetivo bipolar; c) Assistência de enfermagem ao indivíduo com transtorno afetivo bipolar.

4.1 Terapêuticas utilizadas no transtorno afetivo bipolar

No TAB, entre os principais objetivos das terapêuticas, estão a diminuição dos sintomas agudos e a gravidade das alterações de comportamento do indivíduo, ocasionadas pelo transtorno, levando, dessa forma, à prevenção de consequências [19].

O tratamento do TAB consiste em estratégias farmacológicas e não farmacológicas. As primeiras englobam os medicamentos estabilizadores do humor, visando a fase aguda, prevenção de novos episódios e têm um papel importante na reparação da plástica sináptica, compensando uma série de alterações estruturais e funcionais em determinadas regiões do cérebro, provocadas pelas recaídas [10].

Entre as terapêuticas farmacológicas mais citadas nos artigos estão os estabilizadores do humor, como o lítio [6] antipsicóticos atípicos [1,9,15,16] e antidepressivos [1, 14,15,6,16,18,19]. No tratamento específico do episódio maníaco, há preferência pelos medicamentos com maiores evidências de ação, como o lítio, valproato e carbamazepina. A combinação de antipsicóticos com o lítio ou o valproato pode ser mais efetiva do que a utilização de cada um isoladamente [15]. Como antipsicóticos atípicos, a olanzapina e a risperidona foram os referenciados. Já a clorpromazepina e o haloperidol, ressaltados como antipsicóticos típicos, não tiveram destaque pelo fato de que a

terapia medicamentosa de primeira escolha, na maioria dos casos, são os antipsicóticos atípicos combinados com estabilizadores do humor [15].

Quanto às terapêuticas não farmacológicas indicadas no tratamento do TAB, encontra-se a psicoeducação. Essa tem contribuído para manter a pessoa com transtorno inserido na sociedade. Ela envolve o provimento de informações a essas pessoas e familiares sobre o transtorno e o tratamento, promovendo ensinamentos teóricos e práticos para que possam compreender e lidar melhor com o transtorno [4].

Entre as informações disponibilizadas a partir da psicoeducação estão as referentes à natureza do transtorno, às alternativas de tratamento, à compreensão sobre os fatores de risco, aos efeitos colaterais das medicações, ao custo e à identificação de estressores e outros estímulos que podem originar crises [9,15].

O principal objetivo da intervenção psicoeducativa é capacitar o indivíduo com TAB a se apropriar de seu transtorno, possibilitando assim que lidem de forma promissora com as consequências. Isso significa fornecer uma margem de compreensão sobre a complexa relação entre o transtorno, os sintomas, a personalidade, o ambiente interpessoal e os efeitos colaterais da medicação [17].

Outra terapêutica não farmacológica que possui resultados positivos no tratamento da TAB é a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Ela é breve e estruturada, orientada para a solução de problemas e envolve a colaboração ativa entre a pessoa e o terapeuta para atingir objetivos estabelecidos. Essa terapia é geralmente utilizada no formato individual, embora técnicas de grupo tenham sido desenvolvidas e testadas [14].

Entre os objetivos da TCC estão: educar indivíduos e familiares sobre o transtorno bipolar, seu tratamento e suas dificuldades associadas à doença; ensinar métodos para monitorar a ocorrência, a gravidade e o curso dos sintomas; facilitar a aceitação e a cooperação no tratamento; oferecer técnicas não farmacológicas para lidar com sintomas e problemas; ajudar o indivíduo a enfrentar fatores estressantes que estejam interferindo no tratamento; estimular a aceitação da doença; aumentar o efeito protetor da família, diminuir o trauma e o estigma associado à doença [14].

A TCC possui diferentes fases e utiliza o elemento educacional, visando à cooperação, por meio do modelo cognitivo e do ensino, quanto à identificação e análise de mudanças cognitivas que ocorrem tanto na mania quanto na depressão. Os sintomas, relacionados a esses episódios, assim como os subsindrômicos, são monitorados na TCC, a partir de técnicas como o mapeamento de vida, identificação de sintomas e gráfico do humor. Assim, a TCC trabalha com o indivíduo os diversos significados que o transtorno tem para ele [13].

A eletroconvulsoterapia também é um tipo de terapia não farmacológica indicada no tratamento do TAB. Essa é direcionada para os indivíduos mais graves, com risco de suicídio e os resistentes ao tratamento medicamentoso [1,14,15].

4.2 Adesão ao tratamento de indivíduos com transtorno afetivo bipolar

Tão relevante quanto às terapêuticas indicadas aos indivíduos com TAB é a sua adesão ao tratamento. Entretanto, nesse tópico poderá ser visto que a não adesão é frequente entre as pessoas com TAB. Entre os fatores que dificultam essa adesão encontram-se o déficit de conhecimento em relação ao transtorno e seu tratamento, efeitos colaterais causados pelos

medicamentos e ao aparecimento de episódios maníacos durante o tratamento, principalmente no ambiente de trabalho, causando dessa forma, desconforto aos indivíduos com o transtorno. A adesão ao tratamento é definida como a extensão, que os indivíduos seguem as recomendações dos profissionais de saúde [6,9]. Aderir a tratamentos nem sempre é uma tarefa fácil. Os estigmas do preconceito infelizmente direcionam pessoas ao abandono de terapêuticas e a não optarem pela busca de ajuda [19].

Devido ao fato de TAB exigir tratamento contínuo, a baixa adesão ao tratamento por parte dos indivíduos configura-se como uma das maiores dificuldades terapêuticas desse transtorno. As taxas de não adesão no TAB são elevadas, estimando que 47% dos indivíduos com este transtorno acabam por não aderir em alguma fase do tratamento. A adesão parcial é considerada quando o indivíduo segue, aproximadamente, 70% das recomendações médicas. Estudos referem que a frequência e a intensidade dos sintomas tendem, no decorrer do tempo, a causar prejuízos biopsicossociais para o indivíduo, elevando os índices de hospitalizações e suicídios [9].

A baixa adesão ao tratamento tem fatores relacionados ao indivíduo, como a desmotivação ao medicamento, como os efeitos colaterais, ao profissional de saúde, como a falta de preparação para atender as demandas do transtorno [19].

As reações adversas e o longo período de tratamento medicamentoso podem exaustar o indivíduo, fazendo com que este desista ou que venha a não aderir corretamente ao tratamento. O tipo de medicação e seus efeitos também contribuem diretamente na adesão, como no caso do lítio. Essa medicação apresenta riscos de intoxicação do organismo, necessitando de controle rígido de sua dosagem, alterando as ações cotidianas da pessoa. Além disso, a intoxicação por lítio pode ocasionar limitações orgânicas irreversíveis e graves e, por isso, indivíduos têm receio em usá-lo [18].

Na ausência da sintomatologia, as pessoas com TAB são capazes de manter bom desempenho nas suas atividades diárias, como o trabalho e a vida acadêmica, por exemplo. Caso o tratamento seja feito de forma correta, a rotina desses indivíduos ocorre de forma semelhante às pessoas que não têm a doença. Porém, algumas pessoas podem sofrer os efeitos colaterais dos medicamentos e experimentar episódios de crise durante suas atividades de rotina, podendo comprometer a manutenção do tratamento por se sentirem desanimadas [11].

A não adesão ao tratamento do TAB pode causar recaída, maior ida à emergência, devido ao aparecimento de crises, assim como o crescimento de internações hospitalares. Além disso, os indivíduos que não aderem ao tratamento correm maior risco de cometer suicídio [11].

4.3 Assistência da enfermagem ao indivíduo com transtorno afetivo bipolar

A assistência de enfermagem aos indivíduos com TAB envolve a interação e comunicação terapêutica do enfermeiro com a família e comunidade na qual o indivíduo se encontra, o auxílio na adesão ao tratamento e a melhora da qualidade de vida do indivíduo por meio da percepção de mudanças de comportamento, bem como o estabelecimento de uma relação de confiança com essa pessoa [6,11].

A enfermagem encontra-se presente em várias especialidades de saúde, exercendo funções importantes. Na Psiquiatria, os profissionais de Enfermagem interagem com a história de vida do indivíduo e seus familiares, conhecendo intimamente suas dificuldades e preocupações sobre a

doença [6].

A assistência de enfermagem à pessoa com TAB encontra-se centrada na melhoria das condições de saúde mental do indivíduo. Além disso, são papéis do enfermeiro: a oferta à família de um tempo diário de alívio no cuidado do indivíduo, apoiá-lo na vida habitacional e auxiliá-lo nas intervenções farmacológicas e psicoterápicas [11].

O indivíduo com TAB, durante o tratamento, suscita diversos questionamentos que aparecem com o tempo, como, por exemplo, a necessidade real das doses de medicamentos prescritas, capacidade de suportar tais doses. Eles também sentem a necessidade de serem avaliados com rigorosidade quanto aos medicamentos prescritos e o enfermeiro tem um papel fundamental no acolhimento e orientação desse indivíduo [11].

Entre as várias contribuições que a enfermagem pode ofertar a partir da sua assistência à pessoa com TAB, pode-se citar: confecção de folhetos que deixem clara a terapêutica medicamentosa; implementação de autoadministração de medicamentos, sob supervisão, visando a alta hospitalar, para que o indivíduo possa ter sua autonomia e aplicação adequada de um processo psicoeducativo, lembrando que cada indivíduo tem suas características [16].

É válido suscitar que as instituições de cuidado, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Programa de Saúde da Família e a família são bases fundamentais para a consolidação e formato da assistência de enfermagem, terapêuticas adotadas e ainda podem contribuir para a adesão ao tratamento da pessoa com TAB. Haja vista que são elementos fundamentais para a consolidação das ações de saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se, a partir dos artigos analisados, predominância da escolha farmacológica como terapêutica principal à prevenção e controle de crises no TAB, principalmente os estabilizadores do humor, como o lítio. As terapêuticas não farmacológicas foram citadas de forma incipiente, sendo abordada a psicoeducação, terapia cognitivo-comportamental e eletroconvulsoterapia, que foram indicadas com o propósito de ampliar as possibilidades de melhora do indivíduo quando combinadas com a terapia medicamentosa e realizada de forma correta.

Por isso, as terapêuticas não farmacológicas, como aquelas baseadas no atendimento psicossocial, mencionadas de forma escassa nos artigos, precisam de uma abordagem mais ampliada nas produções científicas, conforme determinada na Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, vigente no país.

A não adesão ao tratamento do TAB foi relatada em parte significativa dos artigos, sendo necessárias ações específicas que possam ao menos reduzi-la, pois retarda o quadro de melhora das pessoas com esse transtorno, além de contribuir para aumentar os riscos, como o de suicídio. Ademais, fatores relacionados à ocorrência desse transtorno, como a ausência de sintomatologia, desmotivação do indivíduo e efeitos colaterais do medicamento precisam ser trabalhados pela enfermagem, que precisa esclarecer ao indivíduo a importância da adesão ao tratamento de forma ininterrupta.

Apesar da assistência de enfermagem ter sido apontada como fundamental à pessoa com TAB, foi citada de maneira elementar nos artigos. Adicionalmente, não foi suscitada a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) como ferramenta indispensável para a condução do

atendimento psicossocial que poderá contribuir para a melhora do indivíduo com esse transtorno e redução de possíveis complicações.

REFERÊNCIAS

1. Souza FGM. Tratamento do transtorno bipolar: eutimia. *Rev Psiq. Clín.* 2005; 32 (supl 1): 63-70.
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtorno. DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.
3. CID 10. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Coord. Organização Mundial da Saúde; trad. Dorgival C. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
4. Menezes SL, Souza MCBM. Implicações de um grupo de psicoeducação no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46 (1): 124-31.
5. Abreu LND, Lafer B, Baca-Garcia E, Oquendo MA. Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009; 1(3): 271-80.
6. Pedreira B, Soares MH, Pinto AC. O papel do enfermeiro na adesão ao tratamento de pessoas com transtorno afetivo bipolar: o que os registros dizem? *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. Port).* 2012; 8 (1): 17-24.
7. Hosang GM, Korszun A, Jones L, Jones I, Gray J M, Gunasinghe CM, et al. Adverse life event reporting and worst illness episodes in unipolar and bipolar affective disorders: measuring environmental risk for genetic research. *Psychol Med*, 2010; 40(11):1829-37.
8. Brasil. Lei Federal n. 10.216, de 06 de abril de 2001: dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [Internet] Brasília, 2001 [acesso em: 10 nov 2016] Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm
9. Santin A, Ceresér K, Rosa A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Rev. Psiquiatr. Clín.* 2005; 32 (1): 105-9.
10. Frey BN, Fonseca MMR, Machado-Vieira R, Soarese JC, Kapczinskia F. Anormalidades neuropatológicas e neuroquímicas no transtorno afetivo bipolar. *Rev.Bras. Psiquiatr.* 2004; 26 (3): 180-8.
11. Miasso AI, Mercedes BPDC, Tirapelli CR. Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento. *Rev. esc. enferm. USP.* 2012; 46(3): 689-695.
12. Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. Barueri: Manole, 2008.
13. Neto F L. Terapia comportamental cognitiva para pessoas com transtorno bipolar. *Rev. Bras.*

Psiquiatr. 2004; 26: 44-6.

14. Knapp P, Isolan L. Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. Rev. Psiq. Clín. 2005; 32 (Supl 1): 98-104.

15. Moreno RA, Moreno DH, Ratzke R. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. Rev Psiq Clín. 2015; 32(Supl 1): 39-48.

16. Miasso AL, Cassiani, SHDB, Pedrão LJ. Estratégias adotadas por pessoas com transtorno afetivo bipolar e a necessidade de terapêutica medicamentosa. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2007; 11 (2): 240-7.

17. Figueiredo ALD, Souza LD, Argimon IIDL. O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. Rev Bras, de terapia comportamental cognitiva. 2009; 11(1): 15-24.

18. Miasso AI, Cassiani SHDB, Pedrão L J. Transtorno afetivo bipolar e a ambivalência em relação à terapia medicamentosa: analisando as condições causais. Rev. Esc. Enferm. USP. 2011; 45(2): 433-41.

19. Freire EC, Feijó CFC, Fonteles MMF, Soares JES, Carvalho TMJP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários com transtorno bipolar do centro de atenção psicossocial do nordeste do Brasil. Rev.Cienc Farm Básica Apl. 2013; 34(4): 556-70.

Denise Santana Silva Dos Santos
denisenegal@hotmail.com

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Especialista em Neonatologia. Professora Auxiliar do Departamento de Ciências da Vida (DCV) da Universidade do Estado da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Tânia Christiane Ferreira Bispo
taniaenf@uol.com

Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Pública. Professora do Departamento de Ciências da Vida (DCV) da Universidade do Estado da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Emile Janaína da Silva Meneses
emilejanaina@gmail.com

Enfermeira. Formada pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

MULHERES ENCARCERADAS COM SOROPOSITIVIDADE PARA HIV: PERCEPÇÃO SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO

*JAILED WOMEN WITH HIV SEROPOSITIVE: PERCEPTION
ABOUT THE TREATMENT ADHERENCE*

RESUMO

Sabe-se que a população de mulheres em situação de prisão está aumentando a cada dia. Nesse contexto, existe uma vulnerabilidade quanto à saúde dessa mulher e no tratamento de algumas doenças como o HIV/AIDS. Entre os principais fatores de risco que favorecem a disseminação do HIV/AIDS entre mulheres privadas de liberdade estão: abuso sexual, superlotação de celas e o uso de drogas. O estudo tem como objetivo analisar a percepção de mulheres em situação de prisão vivendo com HIV sobre o tratamento do HIV/AIDS. Trata-se de um estudo de campo com enfoque qualitativo com a população carcerária feminina com diagnóstico de HIV positivo em um presídio localizado em Salvador- Bahia. Foi utilizada como instrumento de pesquisa entrevista semiestruturada realizada com quatro mulheres. A partir da análise de conteúdo, foram determinadas 01 categoria e 03 subcategorias: percepção sobre a adesão ao tratamento do HIV/AIDS, que teve como subcategorias: adesão ao tratamento como uma necessidade, adesão ao tratamento como sacrifício e sentimentos relacionados a viver com HIV/AIDS. Os resultados mostraram que as mulheres em situação de prisão com diagnóstico de infecção pelo HIV apresentam resistência ao tratamento por conta dos efeitos adversos dos antirretrovirais, discriminação perante as outras presidiárias e da falta de orientação dos profissionais de saúde sobre a importância da regularidade do tratamento. Dessa forma, existe uma insegurança da mulher perante as companheiras de cela descobrir sua condição de vítima do HIV/AIDS e quanto aos efeitos adversos dos antirretrovirais e a necessidade de que os profissionais de saúde tenham maior interação com essas mulheres, para que elas sejam acompanhadas e

PALAVRAS-CHAVE:

Mulher; Prisão; HIV.

orientadas quanto à importância da continuidade do tratamento. É preciso que sejam intensificadas políticas públicas direcionadas a essa população, bem como que essas iniciativas sejam efetivadas.

ABSTRACT

It is known that the population of jailed women is increasing every day. In this context, there is a vulnerability about the health of this woman and to the treatment of some diseases such as HIV/AIDS. Among the main risk factors that favor the spread of HIV/AIDS among women deprived of their liberty are: sexual abuse, overcrowding in prison and use of drugs. The study aims to analyze the perception of women living in prison with HIV about HIV/AIDS treatment. This is a field study with a qualitative approach carried out with the female prison population with diagnosis of HIV positive in a prison located in Salvador-Bahia. A semi-structured interview with four women was used as a research tool. From the content analysis we determined 01 category and 03 subcategories: perception about adherence to HIV/AIDS treatment, which had as subcategories: treatment adherence as a necessity, treatment adherence as sacrifice and feelings related to living with HIV/AIDS. The results showed that women in prison with a diagnosis of HIV infection are resistant to treatment because the adverse effects of antiretrovirals, discrimination from other prisoners, and lack of guidance from health professionals about the importance of regular treatment. Thus, the jailed woman with HIV are insecurity her cell mate discover her condition about HIV/AIDS and the adverse effects of antiretrovirals, in addition to the necessity of interact more closely with the health professional to be monitored and guided about the importance of continuity of treatment. It is necessary to intensify public policies directed to this population, as well as to ensure that these initiatives are implemented.

KEYWORDS:

Woman; Prison; HIV.

1. INTRODUÇÃO

O ser humano que infringe normas da sociedade e promove prejuízos à vida de outros está cometendo um delito e tem que ser julgado de acordo com a lei. Essa Lei é a da Execução Penal (Lei nº 7.210/84), que considera pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança.¹

Com o aumento da violência, o sistema carcerário brasileiro vem aumentando a cada dia. Segundo o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), entre 2000 e 2014, a população de mulheres encarceradas subiu de 5.061 para 37.380 – um aumento de 567%. A proporção é quatro vezes maior que o crescimento geral de presos no país, de 119%.² Essa população feminina privada de liberdade se caracteriza como: jovem, de nível socioeconômico e educacional baixo, profissionais do sexo, solteira ou separada, que tem dificuldade de acesso a serviços de saúde e o motivo da reclusão, na maioria dos casos, é por tráfico de drogas.³

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi criada com o objetivo de atender às especificidades do campo da saúde no presídio. Um de seus princípios é a integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção. Contudo, existe uma fragilidade no que tange à saúde da mulher e ao tratamento de algumas doenças como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).²

A AIDS é uma infecção causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que foi descoberta no início da década de 1980. A principal via de transmissão do vírus é pela relação sexual sem camisinha. A epidemia do HIV vem aumentando entre as mulheres, caracterizando um problema de saúde pública. As que são acometidas pela doença, durante muito tempo, foram pouco visíveis perante a sociedade.⁴

Quando essa mulher é diagnosticada com a infecção pelo HIV, mesmo estando assintomática, ainda assim, a mesma precisa fazer uso regularmente da terapia antirretroviral. A principal preocupação em se investir no tratamento antirretroviral é para que esse regime terapêutico tenha capacidade de diminuir ou mesmo tornar indetectável a carga viral do HIV e com isso reduzir os índices de morbidade e mortalidade relacionadas à AIDS.⁵

Em se tratando de saúde prisional, é importante salientar que, independente do delito cometido, é garantido o direito à saúde das pessoas reclusas em penitenciárias, com destaque para atenção à saúde da mulher.^{6,7} E mantêm-se para toda e qualquer pessoa presa os direitos fundamentais legalmente estabelecidos, inclusive o direito à saúde com um padrão de qualidade.⁶ Apesar disso, estudo evidencia que existem diversos fatores que potencializam a disseminação de doenças, como, por exemplo, a AIDS, entre as mulheres em situação de prisão: abuso sexual, superlotação de celas, uso de drogas dentro do presídio, falta de uso de preservativo, entre outros.⁸

Tratando-se de mulher presidiária e com diagnóstico de HIV positivo, torna-se mais evidente a complexidade de saúde dessa mulher, visto que é um local inóspito, cuja infraestrutura do ambiente aumenta os riscos de infecções oportunistas.⁹ O tratamento do HIV/AIDS torna-se mais difícil pelo ambiente em que essas mulheres estão e pela falta de adesão das mesmas. Além disso, há uma série de fatores que dificultam o tratamento, como discriminação, transtornos psicológicos e emocionais, falta de entendimentos do uso da medicação e, a principal delas, o efeito colateral causado pelas medicações retrovirais¹⁰.

Um estudo realizado em Salvador-Bahia demonstrou que, entre as mulheres que iniciaram o tratamento, a adesão foi de 57,4%, ou seja, não houve adesão de 42,6%, daquelas que iniciaram a terapêutica¹⁰. Por isso, entende-se que o presídio também deve ser um local para oficinas e discussões acerca da prevenção da AIDS e da importância do uso de preservativos nas visitas íntimas.

Diante da complexidade de ser mulher, estar presa e viver com HIV, surge a seguinte questão norteadora: qual a percepção de mulheres em situação de prisão, vivendo com HIV, sobre o tratamento do HIV/AIDS? O estudo tem como objetivo analisar a percepção de mulheres em situação de prisão vivendo com o HIV sobre o tratamento do HIV/AIDS. Esse estudo irá contribuir para a reflexão de como essas mulheres lidam com essa doença na situação de vulnerabilidade e evidenciar a importância da temática para a literatura.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória com abordagem qualitativa. A pesquisa de campo é definida como a observação dos fatos na forma como acontecem, espontaneamente. A coleta e registro de dados são variáveis relevantes para a análise da situação-problema.¹¹ O enfoque qualitativo é utilizado para “descobrir e refinar as questões de pesquisa”, e busca compreender a situação e/ou a percepção do ator social, no caso o objeto de estudo.¹² Segundo Bardin, o que caracteriza a análise qualitativa é o fato de a interferência (variável) ser fundada na presença de um determinado fator e não na frequência com que este aparece.¹³

O estudo foi realizado em um Conjunto Penal Feminino localizado em um Complexo Penitenciário alocado na cidade de Salvador-BA. Nessa unidade prisional estão sendo desenvolvidos pesquisas e projetos que visam à melhoria das condições das mulheres em situação de prisão.

Para a realização do estudo foi determinado um estrato da população feminina carcerária. O estrato é uma parte exclusiva de uma população definida por uma característica específica.¹⁴ Nesse estudo foram analisadas mulheres diagnosticadas com HIV/AIDS que estão em privação de liberdade na unidade em questão e que aceitaram livremente participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram mulheres que não eram acometidas pelo vírus HIV. Como critério de inclusão, mulheres presidiárias com diagnóstico positivo para HIV. No momento da pesquisa pertenciam à penitenciária quatro mulheres diagnosticadas com HIV/AIDS.

Foi realizada entrevista semiestruturada, que consiste numa conversa contínua entre o pesquisador e o objeto de estudo, cujas questões têm que atingir os objetivos da pesquisa.¹² Este tipo de entrevista oferece ao informante liberdade e espontaneidade em suas respostas à medida que permite ao mesmo falar livremente sobre o tema, enriquecendo a investigação. O pesquisador consegue se libertar de questões fixas para fazer perguntas que consigam aprofundar o nível das informações obtidas.¹⁵

Esse momento foi realizado de modo a garantir a privacidade e confidencialidade das informações. As entrevistas foram realizadas individualmente na sala da psicologia, uma sala reservada com a presença apenas da participante e da entrevistadora, com uma duração em média de 15 minutos. O uso de gravador durante as entrevistas não foi permitido pela instituição; dessa forma, a entrevista foi transcrita na íntegra pelo pesquisador durante a coleta. Para preservar o sigilo e impedir a identificação das participantes, as entrevistadas foram codificadas com nomes de joias: Esmeralda, Rubi, Brilhante e Safira.

A pesquisa foi submetida à comissão de TCC da UNEB e trata-se de um recorte de um projeto de extensão denominado: “SER MULHER, ESTAR GRÁVIDA E PRESIDÁRIA: DIFÍCEIS CAMINHOS”. Esse projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 1 de agosto de 2013, aprovado, sob parecer nº 346.920. Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, a mesma está de acordo com a Resolução Nº 466/12¹⁶ garantindo a autonomia da instituição de pesquisa através do Termo de Consentimento, comprometendo-se com os princípios de não maleficência, de não causar dano intencional; e da beneficência a evitar danos previsíveis, trazer benefícios aos participantes e à instituição, de forma a contribuir para a melhoria dos serviços, e manter sob sigilo a identidade dos indivíduos, visando preservar sua imagem e não causar prejuízos aos mesmos.

A pesquisa também está de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, definido na

Resolução Nº 311/2007, Capítulo III, que estabelece responsabilidades e deveres relacionados à pesquisa.¹⁷

Foram utilizadas para análise as etapas descritas por Bardin¹³: pré-análise, exploração do material, tratamento de resultados e interpretação. Através da análise do conteúdo das entrevistas, foi estabelecida a caracterização do grupo e identificada uma categoria: 1) Percepção sobre a adesão ao tratamento do HIV/AIDS; e subcategorias: 1.1) Adesão ao tratamento com uma necessidade 1.2) Adesão ao tratamento como um sacrifício e 1.3) Sentimentos em relação a viver com HIV/AIDS.

Analisando a percepção dessas mulheres quanto à adesão ao tratamento do HIV/AIDS, foi realizado o recorte dos textos em unidades de registro; em seguida, foi efetuada a agregação dos dados em categorias e subcategorias.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE ACOMETIDA POR HIV/AIDS

Primeiramente serão apresentados dados sociodemográficos que caracterizam os sujeitos pesquisados e evidenciam informações relevantes quanto à faixa etária, religião, estado civil e escolaridade. Estão apresentadas a seguir:

Tabela 1 - Caracterização das mulheres em privação de liberdade acometida por HIV/AIDS, quanto à faixa etária, religião, estado civil e escolaridade, Salvador-BA, 2016.

Faixa Etária	N	%
26 a 28 anos	2	50 %
31 a 34 anos	2	50 %
Total	4	100 %

Religião	N	%
Protestante	3	75 %
Não referiu	1	25%
Total	4	100%

Estado Civil	N	%
Solteira	1	50 %
Casada	3	50%
Total	4	100%

Escolaridade	N	%
Analfabeta	1	25%
1ª Grau incompleto	3	75%
Total	4	100%

Fonte: Tabela elaborada pela autora.

Quanto à faixa etária, o estudo evidenciou uma equivalência entre a população feminina jovem adulta (50%) e a população feminina adulta madura (50%). Estudo realizado no Ceará que investigou o perfil socioeconômico de mulheres em situação de prisão mostrou uma faixa etária jovem no início do crime, entre 18 a 24 anos, apresentando maior frequência (39,4%).¹⁸

Relacionado à religião, a maioria das mulheres em situação de prisão se intitulavam protestantes. Conforme relato próprio, conheceram a religião dentro do presídio. Isso acontece pela situação de vulnerabilidade em que essas mulheres vivem e por entenderem que a presença de grupos e discussões religiosas, além de proporcionar suporte emocional, representa uma modificação no cotidiano prisional, preenchendo os dias em situação de prisão. Ademais, a presença de grupos também é importante para os funcionários do presídio, pois é uma forma de acalmar e controlar as ansiedades vivenciadas pelas mulheres privadas de liberdade, devido à falta de estímulo de atividades no local, sendo também uma forma de evangelizar.¹⁹

Quanto ao estado civil, prevaleceram as mulheres casadas. Corroborando a pesquisa, estudo realizado no interior de São Paulo identificou que as mulheres casadas se envolvem com o crime, geralmente por sua associação com o tráfico de drogas juntamente com os seus companheiros.^{20,21} Isso se deve pelo fato de a mulher exercer, historicamente, um papel de submissão e de passividade em relação ao homem. Por outro lado, outra pesquisa refere necessidade de cautela na interpretação do estado civil, pois nem sempre o registrado é o verídico.¹⁹

O baixo nível de escolaridade evidenciado no estudo também foi observado em presídio feminino de São Paulo, demonstrando a relação entre a baixa escolaridade com o aumento da vulnerabilidade dessas mulheres em situação de prisão.⁶

Analisando o motivo da reclusão, identificou-se que metade das entrevistadas foram presas por roubo. Em pesquisa realizada no Paraná, revelou-se que 77% das mulheres foram condenadas por tráfico de drogas.²² Apesar das diferenças, pode-se inferir que exista uma relação, pois a prática de roubos e furtos é possível estar relacionada ao consumo de entorpecentes, visando a obtenção de bens materiais para sustento do vício da droga.

Além do perfil sociodemográfico, a amostra também foi analisada quanto à caracterização ao HIV/AIDS. Foram questionadas sobre quantidade de filhos, utilização de método contraceptivo, bem como sobre presença de infecção sexualmente transmissível (IST) e sobre o conhecimento em adquirir o HIV antes da reclusão.

No estudo, a maioria das mulheres possui filhos (75%) e referem ter o cuidado de utilizar preservativo quando acontece a visita íntima, que é disponibilizada pelo presídio (75%). Apesar de utilizarem o método contraceptivo de barreira, é alto o índice de IST evidenciado em pesquisa anterior pelo mesmo grupo de autoras, cuja amostra de 16,7% das mulheres entrevistadas tinham IST relacionadas ao HIV.²³ Descobriu-se também que a maioria dessas mulheres já sabiam da doença antes de serem presas (75%), devendo ser acompanhadas dentro do presídio e encaminhadas para o centro de referência do município.

PERCEPÇÃO SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO HIV/AIDS

A categoria reflete o entendimento que as mulheres em situação de prisão possuem acerca da adesão ao tratamento. Essa categoria subdivide-se em três subcategorias: Adesão ao tratamento como uma necessidade, Adesão ao tratamento como um sacrifício e Sentimentos relacionados a ser HIV/AIDS.

ADESÃO AO TRATAMENTO COMO UMA NECESSIDADE

A partir das falas das entrevistadas, pode-se observar que, mesmo com todas as dificuldades que o tratamento do HIV/AIDS acarreta na vida da mulher, como efeitos adversos ou transtornos psicológicos, elas compreendem a importância do tratamento para sua qualidade de vida:

"... tem que se tratar e tomar remédio. É uma doença, não pode deixar de se tratar. Sei que tenho o vírus e se não me cuidar, posso morrer. Vi uma amiga morrer de HIV e foi muito triste". (Esmeralda)

"..... a doutora disse que estou forte [...] minha imunidade está ótima. (Rubi)"

Esmeralda usa o antirretroviral há três anos, não apresenta sintoma quanto à terapia e diz estar com a imunidade ótima. Antes de ser presa, já fazia o acompanhamento e refere nunca ter recusado o tratamento.

O principal objetivo da terapia antirretroviral é aumentar a qualidade de vida e retardar o avanço do vírus no indivíduo.²⁴ Isso só ocorre quando a pessoa reconhece estar doente. Assim, o diagnóstico pelo resultado baseado em exames não é o suficiente para a mulher aceitar a sua nova realidade de ser acometida pelo vírus.²⁵ O entendimento da importância do tratamento só é possível quando essa mulher compreende e aceita o diagnóstico da AIDS. Após o diagnóstico, a mulher em situação de prisão terá uma exaustiva rotina de exames laboratoriais, consultas, remédios (quando necessários), demandando um considerável tempo.²⁶ Contudo, esse cotidiano depende exclusivamente do fluxo interno estabelecido no presídio.

Para as mulheres acometidas que internalizam o diagnóstico, os antirretrovirais vêm como uma ferramenta para prolongamento da vida. Entendendo que mesmo com as modificações na rotina de vida que o tratamento do HIV/AIDS ocasiona, a adesão ao tratamento é a melhor forma de conviver com menores danos. Entende-se por adesão ao tratamento a utilização de medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% do seu total, atentando para a continuidade nos quesitos de horário, doses, tempo de tratamento e se está sendo utilizado como prescrito²⁷.

Os resultados obtidos com o tratamento, a redução progressiva da carga viral e a manutenção e/ou restauração do funcionamento do sistema imunológico, têm sido associados à melhoria na saúde física das pessoas HIV positivo, permitindo que elas retomem seus projetos de vida.²⁸ Para essa mulher aderir ao tratamento, não depende somente das orientações do profissional de saúde. A aceitação do diagnóstico, a regularidade do tratamento e um convívio harmonioso com o profissional de saúde são fatores que evidenciam o sucesso do tratamento.²⁹

Quanto às questões relacionadas aos profissionais de saúde, entende-se que o profissional de enfermagem, principalmente a enfermeira, tem papel fundamental nesse processo. O cuidado de enfermagem à mulher com HIV/AIDS atinge os níveis de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e precisam buscar a dimensão integral dessa mulher.³⁰ Com isso, tem que proporcionar momentos e ou atividades que a estimulem a se informar sobre o HIV/AIDS, para que se possa minimizar as dificuldades que as mulheres acometidas pelo HIV/AIDS sofrem.

ADESÃO AO TRATAMENTO COMO UM SACRIFÍCIO

Durante as entrevistas, foi marcante o discurso das mulheres quanto à dificuldade de adesão ao tratamento por conta do estigma e do medo das companheiras de cela descobrir que as mesmas são acometidas pelo HIV/AIDS:

“Não quero tomar remédio, pois aqui é muito preconceituoso. Não quero que minha vida seja aberta... Tem amiga que quer te rebaixar, te humilhar... Quando descobre que é HIV, não dá pra disfarçar, pois elas sabem pra que serve o remédio”. (Brilhante)

As mulheres em situação de prisão que enfrentam o estigma do HIV/AIDS vivem um processo doloroso e de grande complexidade na sociedade. Esse processo é individual, uma vez que a AIDS é uma doença de difícil tratamento, carregada de preconceitos e de significados construídos por valores e crenças culturais.³⁰ Muitas vezes, esse preconceito é reproduzido pela família, amigos e sociedade.

Mulheres em situação de prisão sofrem e são atingidas profundamente, sentindo-se culpadas e alterando sua percepção sobre a doença.²² Por tudo isso, abandonar o tratamento ou não iniciar pode ser o caminho mais fácil: ingerir um antirretroviral é relembrar diversos momentos que a mulher vivenciou, que a levaram a ser acometida pelo HIV/AIDS ou tornar público algo que ela não gostaria.¹⁰

Em um estudo no interior paulista, evidenciou-se que um dos principais motivos para dificuldade na adesão de indivíduos acometidos por HIV/AIDS é por causa dos efeitos adversos intensos e indesejados.³²

“... sinto enjoo, meus seios crescem, a barriga incha”. (Safira)

Para diminuir o abandono do tratamento e facilitar a adesão, existem alguns dispositivos criados pelo Ministério da Saúde: porta-pílulas – para organizar os comprimidos por dose diária; diário – relato escrito de toda trajetória com o tratamento; alarmes, tabelas e mapas de doses – para instruir e orientar sobre o esquema terapêutico, número de comprimidos ou cápsulas, horários e recomendações quanto à ingestão de alimentos; material educativo e outros.⁵

SENTIMENTOS EM RELAÇÃO A VIVER COM HIV/AIDS

Durante a entrevista, emergiram vários sentimentos relacionados ao ter HIV/AIDS. Momentos de medo, choro, tristeza, revolta, indignação. Por vezes, foram ouvidas as aflições diante do tratamento e a preocupação por ser acometida por essa doença. Tais sentimentos também foram encontrados no estudo realizado em São Paulo, Brasil, ratificando que essas mulheres vivem um estresse por estar na situação de privação de liberdade e por ter HIV.⁶

“Quando descobri que estava com HIV, queria me matar... Cortei meus pulsos e cheguei ao fundo do poço. Era como se o mundo estivesse me devendo alguma coisa...” (Safira)

Saber que vai viver com HIV é um momento que o indivíduo desorganiza toda sua vida, suas relações e as interações sociais, bem como desarticula os que estão próximos, como amigos, famílias, trabalho, lazer. Quando se constata essa desarmonia, gera muitas incertezas, ansiedades, angústias, insegurança, medo e o sentimento de perda.⁶ É nessa realidade que as mulheres em situação de prisão e HIV positivo vivenciam um grande sofrimento.

Com toda essa modificação na vida, podem surgir vários transtornos psíquicos nessas mulheres, como, por exemplo, a depressão. E essa doença em soropositivo pode se desenvolver por diversos fatores, além de comprometer o bem-estar físico, o humor, a percepção, a realidade a sua volta e como se sente em relação a si próprio.¹¹

Ter o diagnóstico de HIV leva a crer que a morte já é um momento próximo. Dessa forma, muitos momentos nas entrevistas denotaram sentimentos de desespero, aflição, raiva e indignação:

“Ter AIDS é uma desgraça”. (Brilhante)

“Quando soube que tinha AIDS, meu mundo caiu! Eu não quis tomar os remédios e ainda tive medo de morrer”. (Rubi)

Esses sentimentos geralmente surgem por existir uma negação a essa condição. Quando se nega a doença, não existe necessidade de procurar informações e evita-se qualquer contato com tudo que tenha relação com ela (consultas, medicamentos, realização de exames). A identidade do indivíduo é de uma pessoa sã, não precisando nem de tratamento, nem de cura. Ele projeta no

outro tanto a culpa quanto a responsabilidade em ser acometido pela doença.²²

O medo também foi um sentimento que apareceu em todos os momentos da entrevista:

“Tenho medo todos os dias. Medo de pegar hepatite, gripe, medo de tudo.” (Safira)

Esse medo está relacionado tanto com as questões do comprometimento orgânico (o medo do desenvolvimento de doenças oportunistas) quanto às questões psíquicas e sociais que estão intimamente ligadas à falta de informações da transmissão e prevenção do HIV/AIDS.

4. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram conhecer e refletir sobre a percepção das mulheres privadas de liberdade HIV positivo sobre o tratamento do HIV/AIDS. Quanto ao perfil, são mulheres com baixo nível socioeconômico e de escolaridade, casadas e possuem filhos. A maioria relata também já ter conhecimento que era acometida pela doença antes de serem presas.

O estudo também evidenciou que, apesar das dificuldades que o tratamento ocasiona, algumas entrevistadas possuem o entendimento de que é necessária a rotina com os antirretrovirais. Porém, ainda existe uma dificuldade sobre a adesão ao tratamento por conta dos sentimentos envolvidos sobre ser HIV positivo e insegurança perante as companheiras de cela descobrir sua condição de serem acometidas pelo HIV/AIDS. Essa percepção e entendimento quanto à adesão ao tratamento do HIV/AIDS é pouco explorada na literatura e pelo estigma é pouco valorizada pela sociedade.

Como perspectiva do estudo, sugere-se ao complexo penitenciário a elaboração de alguma estratégia para resguardar essas mulheres que se sentem tão inseguras dentro do presídio quanto à revelação de ser acometida por HIV/AIDS. Como, por exemplo, a elaboração de um protocolo de atendimento e acompanhamento dessas mulheres em situação de prisão e HIV positivo.

Ademais, é preciso uma efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), políticas públicas devem ser intensificadas, no sentido de viabilizar mais recursos financeiros para melhor estrutura e interação entre profissional de saúde e essas mulheres. Elas precisam compreender a importância e os efeitos desses retrovirais para uma melhoria na sua qualidade de vida, mesmo na situação de privação de liberdade.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Justiça. Institui a Lei de execução Penal. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm> Acesso em 08 jan. 2015.

2. DEPEN. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/depen/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDC37B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBRNN.htm>. Acesso em: 21 out. 2015.
3. CARVALHO, M. L.D. et al. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, June 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000200023&lng=en&nrm=iso. Acesso 09 Set 2014.
4. PAIVA, V. et al. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(6):1609-1620, nov-dez, 2002. Disponível em: www.scielosp.org/pdf/csp/v18n6/13257.pdf. Acesso em: 04 de junho de 2012.
5. BONOLO, P.F. et al. Adesão à terapia antirretroviral (HIV/AIDS): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiologia Serviço de Saúde**. dez. 2007, vol.16, no.4. p.267-278. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 10 abril 2015.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Implicações éticas de diagnóstico e da triagem sorológica do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de informações penitenciárias INFOPEN mulheres- jun.de 2014. Ministério da Justiça; 2014.
8. STRAZZA, L et al. Vulnerabilidade a infecção pelo HIV entre mulheres com alto risco de exposição- menores infratoras e detentas do estado de São Paulo, Brasil. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.17, n 2, p. 138-142,2005. Disponível em <http://www.dst.uff.br/revista17-2-2005/9-vulnerabilidade.pdf> Acesso em: 22 maio 2015.
9. NICOLAU, A.I.O.et al. Conhecimento, atitude e prática do uso de preservativos por presidiárias: prevenção das DST/HIV no cenário prisional. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, Junho 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000300025&lng=en&nrm=iso Acesso em 03 junh. 2014.
10. DINIZ, N.M.F.et al. Mulheres vítimas de violência sexual: adesão à quimioprofilaxia do HIV. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, fev. 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692007000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 jun. 2014
11. RUIZ, J. A. **Metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2002.
12. MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento- Pesquisa Qualitativa em Saúde**, São Paulo Rio de Janeiro, HUCITEC- ABRASCO, 2010.
13. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

14. POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
15. PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórica-prática**. 15. ed Campinas: Papyrus, 2009.
16. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 30 jan. 2015.
17. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de ética do profissional de enfermagem. Rio de Janeiro:COFEN, 2007.
18. NICOLAU, A.I.O.et al. Conhecimento, atitude e prática do uso de preservativos por presidiárias: prevenção das DST/HIV no cenário prisional. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3 Junho 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000300025&lng=en&nrm=iso> Acesso em 03 jun. 2014.
19. VARGAS, L. O. Religiosidade: poder e sobrevivência na penitenciária feminina do Distrito Federal. **Debates do NER**, v. 2, n. 8, 2005. Disponível em:<<http://seer.ufrgs.br/debatesdoner/article/view/2757>>. Acesso em: 21 maio 2016.
20. SALMASSO, R. D. C. Criminalidade e condição feminina: estudo de caso das mulheres criminosas e presidiárias de Marília-SP. **Revista de Iniciação Científica da FFC**, v. 4, n. 3, 2004. Disponível em:<<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/ric/article/view/97/98>> Acesso em: 22 maio 216.
21. FELIX, S. A. **A geografia do crime urbano: aspectos teóricos e o caso de Marília/SP**.1996. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 1996.
22. CAMARGO,J.P. et al. O perfil das detentas HIV positivo de uma penitenciária estadual do Paraná, Brasil, 2012. **Journal of the Health Sciences Institute**, 2012; 30(4): 369-76. Disponível em: < http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04_out-dez/V30_n4_2012_p369a376.pdf>Acesso em: 10 out. 2015.
23. BISPO, T. C. F. et al. Saúde sexual e reprodutiva no contexto da prisão: Vivências de presidiárias de Salvador. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 2, 2016.
24. TEIXEIRA, M. G.; SILVA, G. A. A representação do portador do vírus da imunodeficiência humana sobre o tratamento com os antirretrovirais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 4, p. 729-736, 2008.
25. LANGDON, E.J. Cultura e processos de saúde e doença. In: Jeolas L.S.; Oliveira M.(org): **Anais do Seminário sobre Cultura, Saúde e Doença**. Londrina (PR): Editora Fiocruz, 2003.89-115.

26. FOLTRAN, P.J; LEVISKY, L. W.;FREITAS , C.S.D. As ações de DST/HIV/AIDS no Sistema Penitenciário do Distrito Federal: os desafios da atuação profissional do assistente social frente aos ditames da segurança pública. **Revista SER Social**, v. 11, n. 24, p. 82-105, 2010. Disponível em <http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/173> Acesso em: 03 jun. 2015.
27. LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M. D. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Centro**, v. 88, n. 202, p. 775-782, 2003.
28. BASTOS, F. I. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
29. COSTA, D.A.M. D. **A experiência da adesão ao tratamento entre mulheres com HIV/AIDS**.135. Tese (mestrado) Universidade Federal de Goiás, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tde/692/1/dissertacao-dalva-aparecida.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.
30. HELMAN,C.G. **Cultura, saúde e doença**.4.ed.Porto Alegre:Artmed,2003.p.408.
31. GIR, E; VAICHULONIS, C. G.; DE OLIVEIRA, M. D. Adesão à terapêutica antirretroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 634-641, 2005.

Camila Alves Rodrigues

camilafisio_1@hotmail.com

Fisioterapeuta Especialista em Infectologia-
Escola de Saúde Pública (ESAP), Goiânia.
Fisioterapeuta do Hospital de Urgências de
Goiânia (HUGO/LIFECARE)/GO - Brasil.

Cleonice Menezes Barbosa Polveiro

cleonice.ifag@gmail.com

Fisioterapeuta. Mestre em Ecologia
e Produção Sustentável- Pontifícia
Universidade Católica de Goiás- PUC-GO.
Tutora da Residência Multiprofissional do
Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Aued
(HDT)/SES-GO, Goiânia, GO - Brasil.

Renato Alves Sandoval

rasterapia@ig.com.br

Fisioterapeuta. Doutor em Ciências da
Saúde- Universidade Federal de Goiás- UFG.
Fisioterapeuta da Escola de Saúde Pública
da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás,
Goiânia, GO - Brasil.

Giulliano Gardenghi

giulliano@arh.com.br

Fisioterapeuta. Doutor em Ciências,
Coordenador Científico do Hospital ENCORE,
Coordenador Científico do CEAFI Pós-
Graduação, Goiás, Coordenador do Serviço
de Fisioterapia da UTI do IGOPE (Instituto
Goiano de Pediatria) e Coordenador do Curso
de Pós-Graduação em Fisioterapia Hospitalar
do Hospital e Maternidade São Cristóvão, São
Paulo (SP), Brasil.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM HIV/AIDS E *PNEUMOCYSTIS JIROVECI*

NON-INVASIVE VENTILATION IN TREATMENT OF
PATIENTS WITH HIV/AIDS AND *PNEUMOCYSTIS JIROVECI*

RESUMO

Introdução: A *pneumocystis* (PCP), doença pulmonar oportunista em imunodeprimidos pelo HIV, causa hipoxemia e insuficiência respiratória progressiva com provável necessidade ventilatória. A ventilação mecânica não invasiva (VMNI) melhora a ventilação alveolar, diminui o trabalho respiratório sem utilização da intubação orotraqueal (IOT). **Objetivo:** Avaliar o uso da VMNI em pacientes HIV/AIDS com diagnóstico clínico de PCP. **Métodos:** Estudo Analítico Observacional de coorte prospectivo, com uma amostra de conveniência de novembro a dezembro de 2015. **Resultados:** Seis pacientes foram incluídos no estudo, sendo quatro do sexo masculino (67%) com idade em 40±9 anos. A VMNI reverteu o quadro de insuficiência respiratória aguda (IRpa), melhorou o índice de oxigenação, evidenciado pela gasometria arterial, evitando IOT em 50% dos indivíduos. Notou-se que o uso da terapia antirretroviral (TARV) é um fator de desfecho significativo ($p < 0,01$) durante o uso da VMNI, assim como a regularidade de aplicação da técnica de VMNI nesse grupo de pacientes ($p < 0,05$). **Conclusão:** O uso da VMNI foi efetivo ao compensar a IRpa em metade dos pacientes acompanhados, podendo ser considerada como uma técnica alternativa para o tratamento dessa doença. Entretanto, devem-se considerar fatores como o comprometimento clínico, uso de TARV e regularidade na aplicação desse procedimento pelos profissionais, para melhor resultado do mesmo.

ABSTRACT

Introduction: The PCP is a opportunistic lung disease in immunocompromised people by HIV, resulting in

PALAVRAS-CHAVE:

Pneumonia por *Pneumocystis*. Ventilação Não Invasiva. Insuficiência Respiratória.

hypoxemia and a progressive respiratory failure, with probability necessity of ventilatory. The use of Noninvasive Mechanical Ventilation (NIMV) improves the alveolar ventilation and decreases the respiratory work without using the tracheal intubation. **Objective:** To evaluate the NIMV use in HIV/AIDS patients with clinical diagnosis of *pneumocystis*. **Methods:** Analytic Observational study of prospective court, with a convenience sample from November to December 2015. **Results:** Six patients were included in the study, four males (67%) aged at 40 ± 9 years. The NIMV reversed the acute respiratory failure, improved the oxygenation index, evidenced by the arterial blood gases, avoiding orotracheal intubation in 50% of the individuals. Noted that the use of antiretroviral therapy (ART) is a significant outcome factor ($p < 0,01$) during the use of NIMV. As well as the standing application of NIMV in this group of patients ($p < 0,05$). **Conclusion:** The use of NIMV was effective in compensating IRP in half of the patients followed, and could be considered as an alternative for the treatment of this disease. However, it should be considered factors as clinical compromise, use of ART and regularity in the application of the technical by professionals should be considered for a better result.

KEYWORDS:

Pneumonia by *Pneumocystis*, Noninvasive Ventilation, Respiratory Insufficiency.

1. INTRODUÇÃO

A pneumonia por *Pneumocystis Jirovecii*, também conhecida como PCP ou Pneumocistose, é o motivo mais comum de doença pulmonar oportunista em imunodeprimidos pelo vírus do HIV, podendo ocorrer, na grande maioria dos casos, em pacientes com contagem de linfócitos TCD4+ menor que 200 células/mm³ ¹.

A *Pneumocystis*, sendo assim denominado pelo seu tropismo pelo pulmão (*Pneumo*) e sua forma típica (*cystis*), é um fungo causador de infecções pulmonares em indivíduos imunocomprometidos pelo vírus do HIV. Possui tropismo único pelo tecido pulmonar e, mesmo quando tratada, continua a ser uma infecção oportunista associada à alta mortalidade ^{2,3,4}. Em épocas mais atuais, esses índices reduziram consideravelmente com o uso da terapia antirretroviral combinada com a profilaxia para a pneumocistose ⁵.

Nos portadores do vírus HIV com AIDS existe uma deficiência das defesas pulmonares devido à infecção direta do vírus nos macrófagos alveolares, bem como diminuição da produção de citocinas pelos linfócitos infectados, os quais, somados às deficiências sistêmicas, facilitam a infecção pulmonar. Nesses pacientes a *Pneumocystis* causa consolidação do parênquima, espessamento da membrana alveolar, edema e fibrose⁶. As alterações supracitadas levam à hipoxemia e à insuficiência respiratória progressiva.

Alterações hematológicas frequentemente encontradas em pacientes HIV, como a anemia, resultam em uma série de sintomas que podem influenciar no estado físico dos pacientes com consequente redução na capacidade de trabalho, mal-estar físico, dispneia e tempo prolongado de internação⁶.

Em pacientes imunodeprimidos com *pneumocystis*, a suspeita diagnóstica é baseada clinicamente na presença de febre, tosse seca e dispneia confirmada pelas alterações radiológicas com a presença de infiltrado intersticial difuso e peri-hilar, extensas áreas de opacificações bilaterais;

hipoxemia ($\text{PaO}_2 < 70 \text{ mmHg}$) evidenciada pela gasometria arterial e dosagem aumentada da desidrogenase láctica (DHL) ^{5,7}.

A fisioterapia respiratória nos pacientes com pneumocistose promove melhora da ventilação alveolar e conseqüente diminuição do trabalho respiratório através da introdução precoce de ventilação mecânica não invasiva (VMNI) com pressão positiva contínua nas vias aéreas. A VMNI utiliza-se de máscaras ou outras interfaces, sem utilização da intubação traqueal e pode ser de duas modalidades: um nível de pressão (CPAP) ou dois níveis de pressão (BIPAP), visto que esta última é indicada nas situações de insuficiência respiratória hipoxêmica e hipercapnica ⁶.

A evolução clínica depende da monitorização respiratória através da diminuição da frequência respiratória (FR), aumento do volume corrente (VC), da saturação parcial de oxigênio (SpO_2) e do aumento da pressão parcial de oxigênio (PaO_2); diminuição do uso de musculatura acessória e melhora dos parâmetros avaliados na gasometria arterial, sendo que quando efetiva, a VMNI evita a intubação endotraqueal (IOT) ^{6,8}. A gravidade da doença obriga a necessidade de suporte ventilatório, muitas vezes invasivo em grande parte dos doentes imunocomprometidos, principalmente naqueles sem diagnóstico, profilaxia e tratamento e que necessitam de internação em unidade de terapia intensiva sendo este um preditor de morte ^{9,10}.

Considerando que a VMNI é tão efetiva quanto à ventilação convencional na correção das trocas gasosas na insuficiência respiratória aguda; a gravidade da doença e vários outros fatores podem influenciar nos resultados durante seu uso, sendo que, é importante identificar preditores confiáveis. Com isso, o presente estudo teve por objetivo avaliar o uso da ventilação mecânica não invasiva em pacientes HIV/AIDS com diagnóstico clínico de *pneumocystis*.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um Estudo Analítico Observacional de coorte prospectivo; aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Doenças Tropicais, através do parecer nº 1.299.220. A população foi constituída por uma amostra de conveniência com pacientes submetidos à VMNI, pelo setor de fisioterapia, no Hospital de Doenças Tropicais durante os meses de novembro e dezembro de 2015.

O diagnóstico dos pacientes com *pneumocystis* é clínico, seguindo os seguintes critérios: pacientes HIV/AIDS, com alteração da enzima desidrogenase láctica (DHL), raio-x de tórax com presença de infiltrado, dois ou mais picos febris nos últimos três meses e dispneia progressiva. Após confirmação clínica de tais pacientes com provável necessidade de assistência ventilatória, para implementação da VMNI, seguiu-se o protocolo utilizado pelo setor de fisioterapia do hospital, no qual o paciente triado deveria apresentar pelo menos dois dos seguintes critérios: paciente acordado, cooperativo, sem agitação psicomotora (Glasgow > 12), frequência respiratória > 25 irpm (incursões respiratórias por minuto), pressão parcial de oxigênio (PaO_2) $\leq 70 \text{ mmHg}$ na gasometria arterial ou saturação parcial de oxigênio (SpO_2) ≤ 90 na oximetria de pulso, em ar ambiente ou mesmo em oxigenoterapia e que aceitou participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos: pacientes HIV/AIDS com diagnóstico clínico de *Pneumocystis* submetidos à ventilação mecânica invasiva sem antes realizar VMNI, bem como aqueles com agitação ou intolerância Glasgow < 12 e/ou incapacidade de proteção de via aérea, obstrução de via aérea, distensão abdominal e vômitos, instabilidade hemodinâmica (hipotensão), trauma de face e necessidade de tempo maior que 6 horas ininterruptas de VMNI.

O uso da VMNI foi implementado pela equipe de fisioterapia e acordado com a equipe médica, sendo utilizados dois tipos diferentes de ventiladores, conforme a disponibilidade no momento da inclusão do paciente: Puritan Bennett 840 e/ou Maquet Servo-S. O paciente era mantido em posição de Fowler (inclinação de 45°).

A interface utilizada nos pacientes foi máscara facial coxim inflável 5 com válvula e gancho, adaptada manualmente, até que o mesmo estivesse em sincronia com o ventilador e então fixada à cabeça do paciente, através de fixador cefálico em silicone de tamanho único. O ventilador era iniciado com delta pressórico (ΔP), no modo pressão de suporte (PSV), cujo valor pressórico era considerado aquele que gerasse um volume corrente ideal (VC) considerando de 6 a 8 ml/Kg. A PEEP inicial era de 5 cm H₂O, conforme protocolo do serviço, e FIO₂ ajustada para manter SPO₂ \geq 92%.

Os atendimentos foram realizados pelos fisioterapeutas da unidade e acompanhados pelos pesquisadores durante todo o período em que os pacientes utilizaram a VMNI, tendo sido registrados: o período, a duração da VMNI, o valor do ΔP e mudanças, quando ocorridas, nos ajustes do ventilador. Durante o período, também foram anotadas as coletas das gasometrias arteriais.

A decisão quanto à intubação dos pacientes coube ao médico responsável pelo mesmo, obedecendo aos critérios: agravamento da doença de base, piora do nível de consciência, hipoxemia refratária ao oxigênio com SpO₂ \leq 92 ou risco de parada cardiorrespiratória. A retirada da VMNI deu-se de forma gradual, desde que controlada a insuficiência respiratória, mediante melhora do trabalho respiratório e melhora da dispneia. Foi considerado eficaz quando o mesmo permanecesse por mais de 24 horas em ventilação espontânea.

O programa estatístico utilizado foi o SPSS – Statistical Package for the Social Science versão 20.0. Foi aplicado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk e a amostra foi considerada normal com um p-valor de 0,026. A partir daí, foi realizada a análise de variância ANOVA – One Way com o objetivo de avaliar a significância das médias, considerando-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Também foi realizado Teste de Correlação de Pearson entre as variáveis selecionadas. Nessa análise, o sinal positivo demonstra uma relação diretamente proporcional entre as variáveis, enquanto o sinal negativo demonstra uma relação inversamente proporcional, sempre observando o valor do coeficiente de correlação (r), quanto mais próximo de um, maior a associação entre as variáveis.

3. RESULTADOS

Dos pacientes avaliados, conforme apresentado na (tabela 1), 04 eram do sexo masculino (67%) e 02 do sexo feminino (33%), todos com idade média de $40 \pm 9,31$ anos. Desses indivíduos, 03 (50%) tiveram o diagnóstico de portador do vírus HIV durante a internação, 02 (33%) já eram sabidamente portadores há três anos e 01 (17%) há pelo menos oito anos.

A média dos linfócitos TCD4+ dos pacientes foi de $40,6 \pm 38,97$, sendo que dos voluntários apenas um não contava com esse dado disponível no prontuário. Tais dados refletem o não uso da Terapia antirretroviral (TARV) por 03 (50%) pacientes, bem como o uso irregular da terapia por 03 (50%) pacientes. Do total da amostra, a média de IMC foi de $19,2 \pm 1,93$ kg/m², sendo que 03 (50%) deles apresentaram-se desnutridos moderadamente, 02 (33%) eutróficos e 01 (17%) desnutrido gravemente. A anemia foi encontrada em 5 (83%) dos pacientes. (Tabela 1)

Clinicamente, todos os 06 voluntários (100%) apresentaram tosse seca, febre, dispneia, gasometria

com hipoxemia, enzima desidrogenase láctica (DHL) aumentada e raio-x sugestivo de *Pneumocystis*. Em geral, 04 (67%) dos voluntários utilizaram a profilaxia de escolha para tratar PCP (Sulfametoxazol + Trimetoprima) e 02 (33%) utilizaram outro medicamento de escolha por apresentarem alergia com relação ao anterior.

Os pacientes foram analisados globalmente, sendo que desses, 3 (50%) foram considerados grupo sucesso (GS), em que a VMNI evitou a intubação, e 3 (50%) grupo falha (GF), que incluiu todos os pacientes que foram intubados após a tentativa inicial com VMNI. No geral o GS fez em média três dias de VMNI, sendo que o mínimo foi de um e máximo de seis dias; enquanto a média do GF foi de cinco dias, sendo o mínimo de três e o máximo de oito dias.

O tipo de interface utilizada no estudo foi máscara facial, utilizada em 100% da amostra, mas o tempo de permanência por aplicação da VMNI variou de no mínimo 1 hora e máximo de 2 horas, tendo sido utilizada até três vezes ao dia.

Tabela 1 – Análise Descritiva da Amostra

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA		MÉDIA	MÍNIMO	MÁXIMO	DESVIO PADRÃO
	Absoluta	Relativa				
Sexo						
Masculino	4	67%	-	-	-	-
Feminino	2	33%	-	-	-	-
Idade	-	-	40	26	50	9,311
Tempo Diagnóstico						
Na internação	3	50%	-	-	-	-
Até 3 anos	2	33%	-	-	-	-
Até 8 anos	1	17%	-	-	-	-
CD4	-	-	18	9	87	36,050
Uso de TARV						
Sim	3	50%	-	-	-	-
Não	3	50%	-	-	-	-
IMC (kg/m²)	-	-	18,75	17,6	22,9	1,926
Diagnóstico Nutricional						
Eutrófica	2	33%	-	-	-	-
Desn. Moderada	3	50%	-	-	-	-
Desn. Grave	1	17%	-	-	-	-
Anemia						
Normal	1	17%	-	-	-	-
Leve	1	17%	-	-	-	-
Moderada	4	66%	-	-	-	-

Legenda: CD4; linfócitos CD4; TARV: Terapia antiretroviral; IMC: índice de massa corporal.

Nas gasometrias arteriais, foram avaliadas as PaO₂, após implementação do uso da VMNI, sendo que no grupo sucesso a PaO₂ esteve ≥ 70 mmHg até reversão do quadro de hipoxemia enquanto que no grupo falha a PaO₂ foi ≤ 70 mmHg evoluindo para intubação orotraqueal. Através da gasometria também foi avaliada a relação PaO₂/FiO₂, na qual o grupo sucesso manteve PaO₂/FiO₂ > 200 , enquanto que o grupo falha manteve essa relação ≤ 200 .

Ao correlacionar os dados (quadro 1), percebe-se que o IMC dos indivíduos pesquisados associa-se com o fator anemia ($p < 0,05$), onde indivíduos com índice mais próximos do esperado apresentaram-se menos anêmicos, assim como foi verificado em 2 pacientes (33%) considerados eutróficos. O uso da terapia antirretroviral (TARV) é um fator de desfecho significativo ($p < 0,01$) durante o uso da VMNI, assim como a regularidade de aplicação da técnica de VMNI nesse grupo de pacientes ($p < 0,05$).

VARIÁVEIS		SEXO	IDADE	TEMPO DE DIAGNÓSTICO	CD4	USO DE TARV	IMC	REL P/F	DIAG NUTRICIONAL	ANEMIA	TEMPO DE VNI	DESFECHO
SEXO	Correlação Pearson		-0,291	-0,540	-0,501	0,000	0,409	0,171	-0,343	-0,463	-0,787	0,000
	Significância		0,576	0,269	0,311	1,000	0,421	0,745	0,506	0,355	0,063	1,000
IDADE	Correlação Pearson			-0,782	-0,528	-0,804	-0,657	0,414	0,585	0,860*	-0,126	0,804
	Significância			0,066	0,282	0,054	0,156	0,415	0,223	0,028	0,812	0,054
TEMPO DE DIAGNÓSTICO	Correlação Pearson				-0,305	0,619	0,910*	-0,559	-0,521	-0,974**	-0,107	-0,619
	Significância				0,556	0,190	0,012	0,249	0,290	0,001	0,840	0,190
CD4	Correlação Pearson					0,046	-0,170	-0,377	0,706	0,375	0,431	-0,046
	Significância					0,932	0,747	0,461	0,117	0,464	0,393	0,932
USO DE TARV	Correlação Pearson						0,607	-0,728	-0,243	-0,655	0,495	-1,000**
	Significância						0,202	0,101	0,643	0,158	0,318	0,000
IMC	Correlação Pearson							-0,768	-0,657	-0,819*	0,120	-0,607
	Significância							0,075	0,156	0,046	0,821	0,202
REL P/F	Correlação Pearson								0,294	0,476	-0,660	0,728
	Significância								0,572	0,340	0,154	0,101
DIAG NUTRICIONAL	Correlação Pearson									0,476	-0,060	0,243
	Significância									0,340	0,910	0,643
ANEMIA	Correlação Pearson										0,108	0,655
	Significância										0,839	0,158
TEMPO DE VNI	Correlação Pearson											-0,495
	Significância											0,048
DESFECHO	Correlação Pearson											
	Significância											

*Correlação é significativa no nível 0,05
**Correlação é significativa no nível 0,01

4. DISCUSSÃO

A pneumocystis é uma doença oportunista correlacionada com o estado imunitário do doente. De acordo com os dados levantados neste estudo, a média encontrada de TCD4+ foi de 18 células/mm³, sendo este um parâmetro importante, pois o risco aumenta consideravelmente quando a contagem de linfócitos TCD4+ é inferior a 200 células/mm³ ^{1,9,11}.

Com a introdução da TARV, a AIDS passou a ser uma doença crônica controlada, o que levou a uma redução na incidência de infecções oportunistas e nas taxas de mortalidade, fato que confirma uma tendência na melhora da sobrevida dos pacientes com HIV/AIDS ⁴. Na era pós TARV, o não uso, bem como o uso irregular dessa terapia tem refletido diretamente sobre estes pacientes, assim como verificado no presente estudo, onde o uso da TARV apresentou uma significância

importante ($p < 0,01$) sobre o desfecho dos pacientes submetidos à VMNI.

Em um estudo com pacientes portadores do vírus do HIV, que desenvolveram AIDS, e *pneumocystis* fazendo uso regular, irregular ou não usando TARV verificou-se uma diminuição na incidência de PCP em pacientes com uso regular da terapia, quando comparados aos que não recebem ou não estão usando de forma regular a terapia antiretroviral¹². Tal estudo, ao comparar características clínicas de pacientes com *pneumocystis* sob o efeito de TARV ($n=6$) com aqueles sem terapia antiretroviral ($n=12$) notou maior gravidade no grupo sem TARV, enquanto que o grupo TARV apresentou menos severidade e menos complicações; entretanto nenhum dos indivíduos analisados necessitou de ventilação mecânica¹².

Em relação à distribuição entre os sexos, o presente estudo identificou maior prevalência entre o sexo masculino, com idade média de 40 anos, condizendo com a literatura que aponta para um aumento de AIDS em homens nos últimos dez anos. A maior concentração de tal vírus encontra-se nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos para ambos os sexos¹³. Em um estudo clínico epidemiológico com 99 pacientes com HIV/AIDS, também se verificou predomínio do sexo masculino, com idade média de 40 anos¹⁴ corroborando os achados no presente estudo.

O quadro clínico em pacientes com *pneumocystis* pode variar desde formas arrastadas, insidiosas, com queda do estado geral, perda de peso, tosse seca e dispneia, até formas agudas que evoluem rapidamente para insuficiência respiratória e morte¹⁵. A desnutrição, ocasionada pela perda de peso, pode ser um fator que contribui para falência de órgãos durante o processo de hospitalização diminuindo a regeneração do epitélio respiratório e interferindo na força e na resistência de músculos que atuam na mecânica respiratória¹⁶.

O estado nutricional, avaliado no estudo através do índice de massa corporal (IMC), é de fundamental importância, por estar relacionado à condição clínica, visto que, ao correlacionar o IMC dos indivíduos pesquisados, notou-se uma associação com o fator anemia; ficou demonstrado, portanto, que indivíduos com índice mais próximos do esperado apresentaram-se menos anêmicos (33% da amostra). A literatura salienta que a anemia é uma complicação hematológica frequente em pacientes HIV, estando presente em 30% dos pacientes HIV + assintomáticos e em 80% dos pacientes com AIDS^{3,17}. Em um estudo realizado em Pernambuco com 108 pacientes HIV positivos, de ambos os sexos, a fim de avaliar a frequência de anemia nestes pacientes, verificou-se que esta foi prevalente em 56% dos pacientes, fato este ocorrido em associação a baixos níveis de T CD4+ e relacionado à presença de infecção oportunista, sendo este um fator de alerta por este distúrbio estar em associação à piora da condição clínica do paciente¹⁸.

Além do comprometimento clínico, a patogênese da *pneumocystis* explica o comprometimento da troca gasosa. Na fase precoce da infecção há destruição dos pneumócitos tipo I pela forma trófica, causando uma lacuna no epitélio alveolar reparado pelos pneumócitos tipo II com pouca ou nenhuma repercussão clínica. Com o progredir da doença, ocorre colapso da membrana alvéolo-capilar, onde as formas tróficas, eosinófilos contendo cistos, exsudato proteináceo e células inflamatórias mononucleares preenchem os espaços intersticiais, conhecida como fase exsudativa. Posteriormente ocorre a presença de fibroblastos intra-alveolar, extensivo aos ductos e bronquíolos e, por fim, fibrose intersticial levando à insuficiência respiratória^{4,19,20}.

Nos últimos anos o uso da VMNI tem se expandido, como comprovam os estudos publicados documentando as vantagens dessa técnica no tratamento da insuficiência respiratória nas diversas etiologias, tal como na *Pneumocystis Jirovecii*^{20,21}. As taxas de sucesso da VMNI no tratamento da

insuficiência respiratória aguda se dão ao uso precoce e bem indicado, associando a diminuição da necessidade de VMI com conseqüente diminuição do número de complicações durante a hospitalização²². No presente estudo, o uso dessa técnica demonstrou eficiência em 50% dos pacientes submetidos, conferindo uma resposta satisfatória da técnica.

O sucesso da VMNI depende de vários fatores, tais como: tipo, gravidade, tempo de início da insuficiência respiratória e experiência dos profissionais²³. Para a utilização da VMNI também se inclui o ajuste da interface e a escolha do modo de ventilação, sendo que neste, a decisão sobre quais pressões iniciais usar, ajustes de volume e titulação são importantes para se atingir os objetivos predeterminados²⁴.

Nesta pesquisa os pacientes foram submetidos à VMNI sob pressão de suporte (PSV) e pressão expiratória positiva final (PEEP), sendo que nesta modalidade a PSV foi ajustada de acordo com o volume corrente em torno de 6 a 8 ml/kg. A PSV é um suporte pressórico a cada inspiração, sendo uma modalidade de ventilação espontânea na qual o paciente, de alguma maneira, pode controlar o início e o final da sua ventilação²⁵.

A PSV adicional possibilita ventilar o paciente através de uma interface. No caso deste estudo foi usada máscara facial em todos os participantes, o que promoveu reabertura de unidades colapsadas e sua estabilização com o uso da PEEP, podendo assim reverter o quadro de *shunt* (área perfundida e não ventilada) gerado por atelectasias e melhorando a relação ventilação/perfusão (V/Q) ocasionada por unidades instáveis²⁶.

Teoricamente qualquer modo ventilatório pode ser utilizado durante a realização da VMNI, desde que o funcionamento não esteja prejudicado pela presença de vazamento²⁷. Estar consciente, cooperativo, estável hemodinamicamente e sem dificuldade de adaptação à máscara também favorece o uso da VMNI; caso contrário, tais limitações contribuem para o insucesso da técnica²². Das avaliações de hipoxemia, o grupo sucesso manteve em média PaO₂ acima de 70 mmHg, enquanto que no grupo falha as PaO₂ se mantiveram menor que 70 mmHg. A gasometria arterial de pacientes com *pneumocystis* normalmente evidencia uma hipoxemia grave, quando apresenta PaO₂ < 60mmHg; porém, no estado inicial, mais de 80% dos casos ocorrem PaO₂ < 80 mmHg sendo estes episódios considerados leves enquanto que uma PaO₂ < 70 mmHg são considerados moderados a graves³.

Outro fator analisado foi o índice de oxigenação, através da relação PaO₂/FiO₂. Essa variante permite uma avaliação sobre a eficácia das trocas gasosas em diferentes ofertas de oxigênio. Embora não tenhamos encontrado uma relação significativa entre o uso da VMNI com o grau de insuficiência respiratória através dessa relação, verificamos que a VMNI foi eficaz em pacientes que apresentaram relação PaO₂/FiO₂ > 200 condizendo com a literatura onde mostram que uso da VMNI é recomendado em casos agudos ou crônicos agudizados com monitorização do uso devido á alta taxa de falência respiratória e necessidade de IOT²⁸, conforme constatado em 50% da amostra.

Em um estudo prospectivo, tipo caso controle, realizado em um hospital privado em Milão foram avaliados 24 pacientes com insuficiência respiratória aguda devido à pneumonia por *pneumocystis* tratados com VMNI (PSV+ PEEP) perceberam que o uso da VMNI foi eficaz na melhora das trocas gasosas e na diminuição da frequência respiratória evitando a intubação em 67% dos pacientes tratados confirmando uma resposta positiva sobre o uso da VMNI em pacientes AIDS e *pneumocystis*¹⁰.

Outro fator de ampla relevância para o uso bem sucedido da VMNI está estritamente relacionado com a rotina de sua aplicação com base na sua indicação e no quadro clínico do paciente. O desfecho de sucesso ($p < 0,05$) encontrado em nosso estudo esteve relacionado com a regularidade dos profissionais em realizar a técnica durante a rotina diária. Assim ficou demonstrado que: pacientes com a frequência de uso por pelo menos duas vezes ao dia evoluíram para um resultado satisfatório quando comparado com os pacientes que falharam quanto ao uso da VMNI. Para isso considera-se importante uma boa experiência dos profissionais envolvidos no tratamento de pacientes em uso de VMNI para um bom desfecho dessa técnica^{23,29}.

A adequada seleção dos candidatos ao uso da VMNI também é importante no sucesso da técnica, atentando para necessidade do paciente de forma individualizada, a fim de não protelar condutas que possam ser tomadas precocemente, assim como, ser criterioso e seguir adequadamente a rotina proposta durante a aplicação da técnica de VMNI pelo profissional fisioterapeuta, o que contribuirá para uma resposta positiva.

5. CONCLUSÃO

A partir dos dados encontrados nesta pesquisa, com pacientes HIV/AIDS e *pneumocystis*, pode-se constatar que o uso da VMNI foi efetivo em compensar a insuficiência respiratória aguda hipoxêmica em metade dos pacientes acompanhados, podendo ser uma alternativa para o tratamento dessa doença. Entretanto, deve-se considerar que fatores como: condicionamento clínico apresentado diante do processo de hospitalização, uso da terapia antirretroviral e regularidade na aplicação da técnica por parte dos profissionais contribuem para melhor resultado da mesma.

Contudo, a comparação com outros estudos foi prejudicada devido à escassez de trabalhos que relatem especificadamente o uso de VMNI nesse grupo de pacientes. Por isso, sugere-se a realização de novos estudos, com um número maior de participantes, a fim de avaliar se a tendência das alterações ora observadas podem ser confirmadas.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília, 2013. 186-188.
2. Seringa MM. Utilidade clínica do (1 \rightarrow 3) – β - D- Glucano como marcador laboratorial no diagnóstico de pneumonia por *pneumocystis jirovecii* [Tese]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical; 2012.
3. Tomio D, Silva R. Pneumocistose. ACM Arq. Catarin. Med. 2005; 34 (4).
4. Anjos CF. Ventilação mecânica não invasiva com pressão positiva em vias aéreas, em pacientes com HIV/AIDS com lesão pulmonar aguda e insuficiência respiratória: estudo do melhor valor de PEEP. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011.
5. Giehl PA, Sanches F. Pneumocistose associada à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Rev. Cuba. Med. Trop. 2014; 66 (1): 112-119.
6. Vega JM et al. Tratado de Fisioterapia Hospitalar- Assistência Integral ao Paciente. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte. Editora ATHENEU; 2012.

7. Barsotti V, Silva MV. Pneumocistose em pacientes com SIDA. Rev. Fac. Cienc. Med. Sorocaba. 2007; 9: 19-21.
8. Barbas CS, Ísola AM, Farias AM, Cavalcanti AB, Gama AM, Duarte AC et al. Recomendações brasileiras de ventilação mecânica 2013. Parte I. Rev. Bras. Ter. Intensiva. 2014; 26 (2): 89-121.
9. Esteves F, Antunes F, Matos O. *Pneumocystis* e pneumocistose: o agente patogênico e a doença. Rev. Port. de Doenças Infecciosas. 2014; 10 (1).
10. Confalonieri M, Calderini E, Terraciano S, Chidini G, Celeste E, Puccio G et al. Noninvasive ventilation for treating acute respiratory failure in AIDS patients with pneumocystis carinii pneumonia. Intensive Care Med. 2002; 28: 1233-1238.
11. JR., Thomas CF, Limper AH. Pneumocystis Pneumonia. N Engl J Med. 2004. 350; 24.
12. Bahamondes L, Villar MJ, Orellana C, González J, Montenegro U. Características de la neumonía por pneumocystis jiroveci en adultos con SIDA con y sin terapia antiretroviral. Rev. Chil. Infect. 2006; 23 (3): 215-219.
13. BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV- AIDS. Brasília, 2015. Ano IV, nº01, 10-15 p. [Semana Epidemiológica]
14. Ravetti CG, Pedroso ER. Estudo das características epidemiológicas e clínicas de pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana em pronto atendimento do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2009; 42 (2): 114-118.
15. Marchiori E, Pereira CI, Moreira LB, Capone D, Moraes HP. Pneumocistose na síndrome da imunodeficiência adquirida: correlação da tomografia computadorizada de alta resolução com a anatomopatologia*. Radiol. Bras. 2001; 34 (6).
16. Chen CH, Wong Y et al. Measured versus estimated energy expenditure in mechanically ventilated critically ill patients. Clin. Nutr. 2002; 21: 165-172.
17. Silva CL. Associação entre infecção pelo HIV e anemia- revisão de literatura. 2012.
18. Feitosa SM, Cabral PC. Anemia em pacientes HIV- positivos atendidos em um hospital universitário de Pernambuco. J Bras. Doenças Sex. Transm. 2011; 23(2): 69-75.
19. Leoung GS. Pneumocystosis And HIV. University of California San Francisco. April 2005.
20. Carneiro EM, Maneira RZ; Rocha E. Ventilação mecânica não invasiva em paciente com provável pneumonia por *pneumocystis jirovecii*. Relato de caso*. Rev. Bras. Ter Intensiva. 2008; 20(2).
21. Holanda MA, Oliveira CH, Rocha EM, Bandeira RM, Aguiar IV, Leal W et al. Ventilação não-invasiva com pressão positiva em pacientes com insuficiência respiratória aguda: fatores associados à falha ou ao sucesso. J Pneumol. 2001; 27(6).
22. Barreto LM, Torga JP, Coelho SV, Nobre V. Principais características observadas em pacientes com doenças hematológicas admitidos em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. Rev. Bras. Ter. Intensiva. 2015.
23. Beraldo BL, Tibana RC, Arbex F. Uso racional da ventilação não invasiva. Pneumologia paulista. Med. Intensiva. 2013; 27 (1).
24. Keenan SP, Winston B. Interfaces para ventilação não invasiva: faz diferença?. J Bras. Pneumol. 2009; 35 (2): 103-105.

25. Ferreira HC, Santos FB. Aspectos gerais da ventilação não invasiva. Rev. Cient. HCE. Ano III, (02).
26. AMIB. Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica 2013.
27. Schettino GP, Reis MA, Galas F, Park M, Franca S, Okamoto V. Ventilação mecânica não invasiva com pressão positiva. J Bras. Pneumol. 2007; 33 (2): 92-105.
28. Carvalho CR, Junior CT, Franca SA. III Consenso Brasileiro de ventilação mecânica. Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. J Bras. Pneumol. 2007; 33 (2): 4- 70.
29. Silva RM, Timenetski KT, Neves RC, Shigemichi LH, Kanda SS, Maekawa C, et al. Adaptação a diferentes interfaces de ventilação mecânica não invasiva em pacientes críticos. J Bras. Penumol. 2013; 39 (3): 469- 475.

Izabela Gelisk Pereira

izabelagelisk@outlook.com

Graduanda em Nutrição pela Faculdade Regional da Bahia.

Izabela Aparecida Rodrigues Ferraz

izabelaferraz2117@gmail.com

Doutoranda em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMS.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

SUPLEMENTAÇÃO DE GLUTAMINA NO TRATAMENTO DE DOENÇAS ASSOCIADAS À DISBIOSE INTESTINAL

*SUPPLEMENTATION OF GLUTAMINE IN THE TREATMENT
OF DISEASES ASSOCIATED WITH INTESTINAL DYSBIOSIS*

RESUMO

Objetivo: Definida como um desequilíbrio na composição da comunidade microbiana, a disbiose intestinal é capaz de destruir as relações mutualistas existentes nesse meio, comprometendo assim o estado de saúde do indivíduo. Portanto, este artigo tem como objetivo descrever informações sobre a suplementação de glutamina no tratamento de doenças relacionadas a tal desequilíbrio.

Métodos: Revisão de literatura, realizada a partir de um levantamento bibliográfico dos últimos 05 anos, nos idiomas inglês, espanhol e português, nas bases de dados eletrônicas PubMed, Lilacs e Medine. Os artigos foram selecionados a partir dos seguintes descritores: Disbiose, Trato gastrointestinal, Glutamina e Hipertrofia. Foram selecionados apenas artigos completos, com metodologia bem definida e que tratassem do tema proposto. Dos 136 documentos encontrados, após exclusão de duplicados e revisões, bem como análise de seus títulos e conteúdo, 22 artigos foram mantidos por agregarem informações relevantes à revisão. **Resultados e discussão:** Foi possível verificar que a suplementação de glutamina, como parte de tratamentos alternativos em casos de doenças associadas à disbiose intestinal, surte efeitos positivos, destacando-se o alívio dos sintomas, estímulo e desenvolvimento do sistema imunológico, aumento de massa muscular e melhora da integridade da parede intestinal. **Conclusão:** Apesar de já confirmada reação benéfica da suplementação desse aminoácido, seu uso aliado à terapia nutricional ainda é amplamente discutido e novas investigações são necessárias, a fim de esclarecer mais sua eficácia.

PALAVRAS-CHAVE:

Trato Gastrointestinal; Disbiose; Glutamina; Hipertrofia.

ABSTRACT

Objective: Defined as an imbalance in the composition of the microbial community, the intestinal dysbiosis is able to destroy the mutualist relations existing in this rather compromising the individual health. Therefore, this article aims to describe the glutamine supplementation in the treatment of diseases related to such imbalance. **Methods:** Literature review carried out based on a bibliographic survey in the last 5 years in the English, Spanish and Portuguese languages, in the databases PubMed, Lilacs and Medline. The articles were selected from the following descriptors: Dysbiosis, Gastrointestinal Tract, Glutamine and Hypertrophy. We selected only complete articles, with a well defined methodology and dealing with the proposed theme. Of the 136 documents found, after exclusion of duplicates and revisions and after analysis their titles and content, 22 articles were maintained. **Results and discussion:** The glutamine supplementation, as part of alternative treatment in cases of diseases associated with intestinal dysbiosis, has positive effects, as the relief of symptoms, stimulation and development of immune system, increase of muscle mass and improvement of Integrity of the intestinal wall. **Conclusion:** Although the benefits of glutamine supplementation its use allied with nutritional therapy is still widely discussed and further investigations are necessary.

KEYWORDS:

Dysbiosis; Gastrointestinal Tract; Glutamine; Hypertrophy.

RESUMEN

Objetivo: Se define como un desequilibrio en la composición de la comunidad microbiana, una disbiosis intestinal es capaz de destruir las relaciones mutuas existentes en ese ambiente, comprometiendo así la salud del individuo. Así que este artículo es describir la información acerca de un objeto suplementación de glutamina y sin tratamiento de enfermedades relacionadas con tal desequilibrio. **Métodos:** Revisión de la literatura realizada a partir de una revisión de la literatura de los últimos 05 años, en Inglés, español y portugués, en bases de datos electrónicas PubMed, Lilacs y Medine. Los artículos fueron seleccionados de los siguientes descriptores: disbiosis, el tracto gastrointestinal, la glutamina y la hipertrofia. Se seleccionaron sólo artículos completos con bien definidos y el tratamiento de la metodología tema propuesto. De los 136 documentos encontrados después de la eliminación de datos duplicados y opiniones, así como el análisis de sus títulos y contenidos, 22 artículos se mantuvieron mediante la agregación de información relevante para la revisión. **Resultados y discusión:** estudio de caso glutamina como parte de tratamientos alternativos en los casos de enfermedades asociadas con la disbiosis intestinal, monstruo cabo efectos positivos, especialmente alivio de los síntomas, la estimulación y el desarrollo del sistema inmune, la masa muscular aumentaron y mejoraron integridad de la pared intestinal. **Conclusión:** La reducción de la probabilidad de reacción beneficioso de la administración de suplementos de aminoácidos, el uso aliado en la terapia nutricional es aún ampliamente discutido y más investigaciones son significativos.

PALABRAS CLAVE:

Disbiose; Tracto Gastrointestinal; Glutamina; Hipertrofia.

1. INTRODUÇÃO

Microbiota intestinal (MI) é definida como a totalidade de microrganismos existentes no intestino humano.^[1] Sua formação inclui trilhões de bactérias, fungos e vírus e seu elemento genético, representado por um número 100 vezes maior do que o próprio genoma humano, é denominado microbioma.^[2]

A MI desempenha um papel fundamental na saúde humana, por atuar, de maneira dinâmica, como uma barreira contra a invasão de patógenos, além de exercer funções metabólicas e estimular o desenvolvimento do sistema imunológico (SI).^[3]

Principalmente em países ocidentais – considerando a prática mais recorrente de maus hábitos alimentares, atividade física reduzida ou ausente e uso constante e desregular de antibióticos e suplementos nutricionais – as doenças crônicas já afligem mais de 50% da população adulta, incluindo casos de alergias, obesidade e doença inflamatória intestinal e sabe-se cada vez mais que o microbioma é um contribuinte necessário, se não suficiente, para mediar o desenvolvimento e/ou a progressão dessas condições clínicas, geralmente complexas em termos de patogênese e complicações.^[1,4]

Com o desenvolvimento de novas técnicas de pesquisa, como sequenciamentos de alto débito e análises bioinformáticas, é possível a identificação de novas espécies de microrganismos e dos genes codificados em seus genomas, tornando a complexidade e as diversas funções da MI cada vez mais conhecidas.^[1,5] No entanto, a disbiose, ou seja, o desequilíbrio entre o número de bactérias protetoras e agressoras torna o trato gastrointestinal (TGI) mais vulnerável e, apesar de tais avanços científicos, a definição correta de um intestino ‘saúdável’ permanece ainda pouco elucidada.^[1]

A manipulação dietética é uma das capacidades de um nutricionista para buscar exercer um impacto positivo sobre a saúde do TGI, possivelmente minimizando o uso de fármacos e tratamentos invasivos no futuro.^[6] Diversas estratégias já são aplicadas como parte da Terapia Nutricional (TN) no tratamento da disbiose, principalmente das doenças associadas a esse desequilíbrio, e entre tais estratégias inclui-se também a suplementação de Glutamina (GLN), um aminoácido (AA) considerado apenas condicionalmente essencial, porém extremamente importante em diversos processos metabólicos, capaz de auxiliar na funcionalidade das barreiras da mucosa intestinal e fundamental também para o bom desenvolvimento de tecido muscular. ^[7,8,9,10]

Considerando a necessidade de uma maior elucidação sobre as funções desse AA na MI e sobre o impacto de seu uso como parte da estratégia da equipe multidisciplinar no tratamento de certas patologias, a presente revisão de literatura tem como objetivo descrever informações sobre a suplementação de glutamina no tratamento de doenças relacionadas à disbiose intestinal.

2. MÉTODO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de revisão de literatura com abordagem descritiva, utilizando as bases de dados Pubmed (National Library of Medicine), Lilacs (Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde) e Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), com os seguintes descritores de assunto: Disbiose; Trato gastrointestinal; Glutamina; Hipertrofia.

A pesquisa foi realizada a partir do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e foi utilizado o operador booleano AND entre os descritores de assunto, a fim de ampliar os resultados de busca.

Os critérios de inclusão incluíram periódicos disponíveis na íntegra, que versassem sobre o assunto especificado, nos idiomas português, inglês ou espanhol e com recorte temporal de cinco anos (2012-2017), considerando o fato de que publicações anteriores a tal período possuem informações já defasadas a respeito do tema.

Foram inicialmente encontrados 136 periódicos em meio eletrônico, especificamente 94 na PubMed, 41 na Medline e 1 na Lilacs. Foram excluídos durante análise preliminar os periódicos duplicados, revisões sistemáticas ou não disponíveis na íntegra. Em seguida, após análise mais criteriosa dos títulos e resumos, foram descartados também aqueles que não possuísem informação relevante para atingir o objetivo deste trabalho, permanecendo, ao final, 22 documentos.

Os 22 artigos selecionados ao final foram alvo de leitura analítica com posterior organização e apresentação por temas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

COLONIZAÇÃO DO TRATO GASTROINTESTINAL

A colonização bacteriana existente no TGI desenvolveu uma relação de benefício mútuo com seu hospedeiro humano ao longo do tempo, portanto é a responsável pelo fornecimento de substrato energia para as células.^[1]

Tal ecossistema é composto por bactérias inócuas simbióticas e patógenos potenciais e, embora já tenham sido descritos mais de 100 filos bacterianos, a MI de um humano adulto é composta predominantemente por Bacteroidetes e Firmicutes, e em menor parcela (cerca de 2%) por Proteobacteria, Verrucomicrobia, Actinobacteria.^[2,3,4]

Quanto ao início dessa colonização, constata-se que, pelo menos em parte, é originado durante o nascimento e até mesmo o mecônio neonatal (muco constituído das primeiras fezes eliminadas

pelo feto) já abriga uma comunidade microbiana simples.^[1,12]

Ao nascer, há uma demanda significativa e imediata sobre o TGI para digerir e absorver nutrientes, a fim de manter elevada a taxa de crescimento no recém-nascido e a integridade das células epiteliais do intestino.^[3] Sugere-se que o parto vaginal é capaz de conferir maior proteção ao recém-nascido, pois o mesmo adquire maior concentração de lactobacilos em sua microbiota inicial, semelhante ao ecossistema vaginal e, em contraste, o parto por cesariana resulta em uma maior colonização de bactérias potencialmente prejudiciais, tipicamente encontradas da pele da mãe, como *Staphylococcus* e *Propionibacterium* spp.^[1]

Os produtos e metabólitos da MI também são capazes de promover benefícios metabólicos, tais como redução do peso corporal e adiposidade, controle de glicose e consequente melhora da sensibilidade à insulina.^[2,3] Alguns estudos realizados em animais supõem também o conceito de que a MI é capaz de regular os circuitos neurais da ligação “intestino-cérebro” influenciando o comportamento emocional do hospedeiro.^[3]

A grande diversidade dessa MI ocorre nos primeiros três anos de vida e geralmente se estabiliza após esse período, portanto as variações interpessoais são maiores entre as crianças do que entre os adultos. Além disso, indivíduos de diferentes áreas geográficas, por conta de diferentes hábitos de vida, também exibem colonização da MI diferente.^[12]

Os hábitos alimentares ao longo da vida têm um impacto significativo sobre a composição e função do microbioma intestinal humano, portanto padrões alimentares devem ser considerados na tentativa de compreender o impacto de micróbios do intestino sobre ações do cérebro e do organismo como um todo.^[2] Estudos apresentam que alterações na dieta são capazes de modificar tal composição microbiológica. Uma dieta rica em proteínas e gorduras animais, por exemplo, favorece crescimento de *Bacteroides* e, em contrapartida, uma dieta vegetariana ou com alta concentração de monossacáridos favorece a abundância de *Prevotella*.^[2]

Um estudo experimental, realizado através da análise de biópsia intestinal de babuínos, demonstrou que o envelhecimento altera a contractilidade do músculo liso intestinal, bem como inervações neurais da musculatura do TGI.^[13] Apesar da necessidade de compreender como o envelhecimento contribui para o aumento da susceptibilidade do TGI, ainda há uma escassez de estudos com humanos que investiguem tal fator-chave.^[13]

O impacto da alimentação sobre o microbioma é uma área de intenso estudo científico atualmente e é crescente o número de pesquisas englobando os efeitos metabólicos e sua relação com obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares e outras patologias com número alarmante de casos pelo mundo.^[2,11]

INTERAÇÃO DA MICROBIOTA INTESTINAL COM SISTEMA IMUNITÁRIO

O SI é profundamente regulado pela MI, direta ou indiretamente, através da atividade de células do epitélio intestinal.^[11] O diálogo entre o hospedeiro e a MI desempenha um papel fundamental

no desenvolvimento eficiente desse SI, pois a interação com o ambiente externo e seus antígenos ocorre principalmente no TGI.^[12] Esse sistema é exposto constantemente a uma grande variedade de antígenos, essenciais para a maturação do sistema imune inato e programação do sistema imune adaptativo.^[3]

A MI fornece uma linha crucial de defesa contra a colonização de patógenos, competindo por locais na superfície do epitélio intestinal e nutrientes em seu nicho ecológico.^[9] Além disso, eles podem produzir peptídeos antimicrobianos, tais como bacteriocinas e regular a produção da mucosa intestinal por células caliciformes. Este último pode inibir a adesão bacteriana às células epiteliais.^[11] A MI também ajuda a manter a integridade da parede intestinal, regular a atividade dos enterócitos e restringe o acesso de antígenos externos à circulação sistêmica, protegendo o organismo contra sepse.^[9,11]

Segundo estudos, já existe comprovação de que a TN é capaz de garantir uma resposta imunitária mais adequada, enquanto a falta de estímulos nutricionais no lúmen leva a uma disfunção do tecido linfático associada a esse SI.^[4] Vários outros fatores, como o uso recorrente de antibióticos, também afetam a composição e integridade da MI do hospedeiro e, uma vez sem esse equilíbrio, os mecanismos de defesas naturais do organismo são reduzidos, desencadeando um crescimento exacerbado de microrganismos patógenos e uma resposta inflamatória anormal, como acontece, por exemplo, para as doenças inflamatórias intestinais.^[3,4]

DISBIOSE INTESTINAL

A disbiose, ou seja, o desequilíbrio da MI, induzida principalmente pelo estilo de vida, tem sido amplamente considerada na crescente incidência de doenças inflamatórias, como alergias, doença inflamatória intestinal e até mesmo a obesidade.^[4,5]

De fato, indivíduos provenientes de diferentes áreas geográficas exibem colonização bacteriana intestinal diferente e entre as principais causas consideradas atualmente, a alimentação parece ter uma forte influência.^[4,13] A dieta ocidental, por exemplo, composta principalmente de alto teor de gordura e açúcares e baixo teor de fibras alimentares, induz o indivíduo ao desenvolvimento dessa patologia, com diminuição da abundância de bactérias produtoras de butirato e aumento de patógenos oportunistas.^[4,11]

Na obesidade, onde a pandemia já afeta mais de 500 milhões de pessoas em todo o mundo e mais da metade desses indivíduos desenvolvem síndrome metabólica, diversos estudos atuais indicam que a diminuição da adiposidade nesses indivíduos está associada ao aumento da diversidade de micróbios simbióticos no intestino e a translocação dessa MI tem sido proposta, a fim de reduzir a adiposidade e endotoxemia metabólica, para melhorar a absorção de nutrientes, eletrólitos e água.^[1,2,15]

Estudos demonstraram também a necessidade de manipulação da MI para melhora de casos de doenças intestinais, como síndrome do intestino irritável, onde há níveis reduzidos de espécies de

Lactobacillus e *Bifidobacterium* no intestino.^[5] É provável que essa baixa diversidade de bactérias benéficas desempenhe um papel importante ao permitir que os micróbios prejudiciais tenham acesso à superfície epitelial.^[5,16]

SUPLEMENTAÇÃO DE GLUTAMINA NA TERAPIA NUTRICIONAL DA DISBIOSE INTESTINAL

A TN em doenças acompanhadas por disfunções intestinais reage diretamente na barreira intestinal e sistema imunológico, promovendo a cicatrização de feridas, regulando células T e B, melhorando a defesa da mucosa contra bactérias oportunistas e sepse.^[8] Diversos agentes nutricionais são testados nessas doenças intestinais como parte de tratamentos alternativos, incluindo nutrientes antioxidantes (vitaminas A, C e E, selênio e zinco), ácidos graxos, fibras, probióticos e AA.^[8,16]

Nutricionalmente, os AA são classificados como essenciais ou não essenciais, entretanto a fase de maturação do indivíduo e seu estado de saúde afetam a essencialidade desses compostos.^[6,16] Estes AA são capazes de desempenhar papéis fundamentais em todo o organismo como reguladores fisiológicos e especialmente no TGI, suas propriedades físico-químicas e sua concentração podem afetar as funções mecânicas, hormonais e neuroendócrinos desse sistema.^[6] Está bem estabelecido que o crescimento fetal é influenciado pela disponibilidade de aminoácidos fetais (AA) e a nutrição materna não deve ser considerada como o único fator de impacto nesse crescimento fetal e muscular.^[9]

É importante notar também a capacidade desses AA em sinalizar vias metabólicas, regulando o crescimento muscular através de alterações de suas concentrações intracelulares.^[9] Portanto, a redução do peso músculo esquelético está diretamente associada a uma possível redução dessa concentração de AA livre no músculo, como valina, arginina e a glutamina.^[9,10]

A GLN, um AA considerado condicionalmente essencial e mais abundante no corpo humano, é um composto extremamente importante no metabolismo e transporte de nutrientes, funções imunes e integridade intestinal, e uma dieta enriquecida com GLN, especialmente associada a outros AA pode também aumentar as atividades de transporte de borda em escova, além de melhorar o desempenho dos enterócitos.^[6,7,15,16]

Possui também a capacidade de auxiliar no processo de desenvolvimento e crescimento de massa muscular. Alguns estudos clínicos sugerem que exista até mesmo uma possível associação entre mutações em genes contendo GLN e outros AA com o desenvolvimento de cardiomiopatia hipertrófica, doença genética autossômica, caracterizada por hipertrofia desregulada das fibras miocárdicas e sua consequente fibrose.^[17,18,19]

Entre as patologias associadas ao TGI, um estudo experimental com ratos, após análise do perfil sérico de AA em colite induzida, evidenciou também que a suplementação de GLN, isolada ou combinada à arginina, produz resultados positivos no tratamento da inflamação intestinal reduzindo a infiltração de macrófagos na cavidade peritoneal e diminuindo a produção de

citocinas pró-inflamatórias no cólon.^[16] No entanto, antes de sua utilização em aplicações clínicas, é recomendada maior investigação do tempo, dose e meios adequados de suplementação desse e de outros AA para otimizar suas funções.^[16]

Soluções imunoestimulantes de nutrição enteral (enriquecido com GLN, ômega 3 e nucleotídeos), bem como a administração de GLN e outros nutrientes promovem maior oferta desse AA às células, reduzindo suas concentrações no plasma ou no meio intracelular, algo que geralmente ocorre após eventos de grande estresse metabólico ou enfermidades como: dengue, câncer, síndrome da imunodeficiência adquirida, queimaduras, cirurgias, entre outros.^[8,20] Isso é possível devido à alteração provocada pela GLN no metabolismo de macronutrientes, levando à maior absorção destes pelas células.^[7,8,15]

Um efeito de reparo intestinal foi observado em um estudo duplo cego, com uso de GLN, de forma isolada e combinada com vitamina A e zinco em crianças acometidas com desnutrição em Fortaleza-CE, onde, apesar da função da barreira intestinal não ter sofrido mudança significativa, notou-se uma melhora do crescimento e maturação das crianças e redução do quadro clínico de diarreia e infecções entéricas a longo prazo.^[20]

Além disso, a suplementação de GLN já também demonstrou resultados benéficos ao reduzir os sintomas em determinadas condições onde a expressão fenotípica de doença associada à disbiose intestinal, como de síndrome do intestino irritável, doenças hepáticas e doença de Crohn.^[3,6,15,21,22] No entanto, novas investigações são necessárias para esclarecer mais sobre dose, tempo e via de administração da GLN, a fim de garantir melhor qualidade de vida desses pacientes.

4. CONCLUSÃO

Os estudos analisados são convergentes ao afirmar que a suplementação de GLN isolada ou aliada a outros nutrientes é benéfica no tratamento das patologias avaliadas, contribuindo, mesmo que de forma sucinta, na melhoria dos sintomas apresentados, além de propiciar uma perda ponderal e ganho de massa muscular em obesos, quando associada à mudança positiva de hábitos de vida. Embora exista tal consenso, alguns problemas metodológicos são apresentados nos documentos pesquisados como heterogeneidade de idade e o uso de protocolos não validados ou reconhecidos pela comunidade científica. Conceitualmente, a análise de padrões alimentares de uma maneira mais abrangente poderia prever melhor o risco de desenvolvimento de doenças do que a análise de nutrientes ou de alimentos isolados, visto que o efeito cumulativo de múltiplos nutrientes incluídos em um padrão alimentar seria mais bem detectado.

Consequentemente, isso pode ser proposto como complemento à TN, nas estratégias dietéticas, uma vez que a GLN, associada a outros imunonutrientes ou a diferentes espécies probióticas, pode exercer diferentes efeitos sobre a MI. No entanto, é sugerida a realização de mais estudos para lançar luz sobre as doses que devem ser utilizadas e seu tempo de uso.

REFERÊNCIAS

1. Chang C; Lin H. Dysbiosis in gastrointestinal disorders. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. New Mexico, USA. (30) 2016: 3-4.
2. Galland L. The Gut microbiome and the brain. *Journal of Medicinal Food*. New York, USA. Vol 17 (12) 2014: 1261-63.
3. Putignani L, et al. The human gut microbiota: a dynamic interplay with the host from birth to senescence settled during childhood. *Pediatric Research*. Rome, Italy. 76 (1) July, 2014: 2-7.
4. Schippa S; Conte MP. Dysbiotic events in gut microbiota: Impact on human health. *Nutrients*. (6) 2014: 5786-5805.
5. Bienenstock J; Kunze W; Forsythe P. Microbiota and the gut-brain axis. *Nutrition Reviews*. Ontario, Canadá. Vol 73 (S1) 2015: 28-31.
6. Jacobi SK; Odle J. Nutritional factors influencing intestinal health of the neonate. *American Society for Nutrition*. North Carolina, USA. (3) 2012: 687-96.
7. Holecek M. Side effects of long-term glutamine supplementation. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 37 (5) Set, 2013; 607-16
8. Anastasilakis CD; Ioannidis O; Gkiomisi AI; Botsios D. Artificial nutrition and intestinal mucosal barrier functionality. *Digestion*. Basel, Alemanha. 88 Nov, 2013: 193-208.
9. Sales F., et al. Muscle free amino acid profiles are related to differences in skeletal muscle growth between single and twin ovine fetuses near term. *SpringerPlus* 2(1) 2013: 483.
10. Lowery, RP., et al. Effects of 8 weeks of Xpand® 2X pre workout supplementation on skeletal muscle hypertrophy, lean body mass, and strength in resistance trained males. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*. 10(1) 2013: 44.
11. Haque TR; Barritt IV AS. Intestinal microbiota in liver disease. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. North Carolina, USA. (30) 2016: 133-42.
12. Tran L; Meerveld BGV. Age-associated remodeling of the intestinal epithelial barrier. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 9 (68) Set, 2013: 1045–1056.
13. Rescigno M. Intestinal microbiota and its effects on the immune system. *Cellular Microbiology*. 16 (7) 2014: 1004-13.
14. Walker WA. Intestinal colonization and programming of the intestinal immune response. *J Clin Gastroenterol*. (48) Nov, 2015: 8 p.
15. Zuhl M; Dokladny K; Mermier C; Schneider S; Salgado R; Moseley P. The effects of acute oral glutamine supplementation on exercise-induced gastrointestinal permeability and heat shock protein expression in peripheral blood mononuclear cells. *Cell Stress and Chaperones International*. (20) 2015: 85–93.
16. Ren W, et al. Serum amino acids profile and the beneficial Effects of L-arginine or L-Glutamine supplementation in dextran Sulfate sodium colitis. *Plos One*. China. 9 (2) 2014: 13 p.

17. Rani, DS., et al. High prevalence of Arginine to Glutamine substitution at 98, 141 and 162 positions in Troponin I (TNNI3) associated with hypertrophic cardiomyopathy among Indians. *BMC medical genetics*, 13(1), 69.
18. Lunde, IG., et al. Cardiac O-GlcNAc signaling is increased in hypertrophy and heart failure. *Physiological genomics*, 44(2), 2012: 162-72.
19. Ruiz-Hurtado G., et al. Mild and short-term caloric restriction prevents obesity-induced cardiomyopathy in young Zucker rats without changing in metabolites and fatty acids cardiac profile. *Frontiers in Physiology* 8; 2017.
20. Lima AAM., et al. Effects of glutamine alone or in combination with zinc and vitamin A on growth, intestinal barrier function, stress and satiety-related hormones in Brazilian shantytown children. *Clinics*. 69 (4) 2014: 225-33.
21. Zuhl MN, et al. Effects of oral glutamine supplementation on exercise-induced gastrointestinal permeability and tight junction protein expression. *J Appl Physiol*. (116) 2014: 183–91.
22. Marini JC. Interrelationships between glutamine and citrulline metabolism. *Clin Nutr Metab Care*. 19 (1) Jan, 2016: 62–66.

Augusta Perpétua Rocha dos Santos

augusta1916@hotmail.com

Graduanda do curso de Enfermagem do Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE). Salvador-BA.

Geórgia Araújo dos Santos

georgiaaraujo1990@outlook.com

Graduanda do curso de Enfermagem do Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE). Salvador-BA.

Samylla Maira Costa Siqueira

smcsiqueira@hotmail.com

Enfermeira; doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE). Salvador-BA.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

AÇÕES DESENCADEADAS PELO ENFERMEIRO PARA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E PREVENÇÃO DO DESMAME PRECOCE

UNLEASHED ACTIONS BY NURSES TO PROMOTE THE BREASTFEEDING AND PREVENT THE EARLY WEANING

RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que teve como objetivo descrever as ações desencadeadas pelo enfermeiro para promoção do aleitamento materno e prevenção do desmame precoce. Os artigos foram consultados no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entre 2012 e 2016. As ações desencadeadas pelo enfermeiro foram, principalmente, de cunho educativo como orientações sobre amamentação, realização de visita domiciliar, construção de materiais educativos e treinamento contínuo da equipe de enfermagem. Conclui-se que o enfermeiro tem um papel essencial na promoção do aleitamento materno e prevenção do desmame precoce, podendo utilizar uma série de estratégias para garantir esta prática.

PALAVRAS-CHAVE:

Aleitamento Materno; Desmame; Enfermagem.

ABSTRACT

It is an integrative review literature, which aimed to describe the unleashed actions by nurses to promote the breastfeeding and prevent the early weaning. The articles were consulted in Virtual Health Library portal (VHL), between 2012 and 2016. The unleashed actions by nurses were, mainly, educational nature such as orientations about breastfeeding, realization of home visiting, construction of educational materials and continuous training of nursing team. It is concluded that the nurse has an essential staff in promotion of breastfeeding and in prevention of early weaning and this professional can use a lot of strategies to ensure this practice.

KEYWORDS:

Breast Feeding; Weaning; Nursing.

1. INTRODUÇÃO

O leite materno é caracterizado como o alimento adequado para a criança nos primeiros meses de vida, sendo considerado como uma das principais ações para redução da morbimortalidade infantil e uma das maneiras mais eficientes de atenção aos aspectos nutricionais, imunológicos, psicológicos e para o desenvolvimento da criança em seu primeiro ano^[1-3]. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), a amamentação é importante porque no leite materno estão presentes todos os nutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento da criança, como as proteínas, vitaminas e gorduras^[4].

Além dos benefícios nutricionais, destacam-se os imunológicos e psicológicos, uma vez que favorece o vínculo da díade mãe-filho^[1]. Ademais, quando ofertado exclusivamente durante os seis primeiros meses de vida, conforme recomendado pelo MS, promove diversos benefícios, como: prevenção de alergias resultantes da ingestão de proteínas do leite da vaca; de infecções respiratórias e dermatites; redução do risco de sobrepeso; e contribuição com o desenvolvimento motor-oral e craniofacial e dos órgãos fonoarticulatórios (OFA). Entre os benefícios para a mãe, pode-se citar a prevenção do câncer de mama e de nova gestação durante o período de lactação^[4,5].

Apesar dos conhecidos benefícios do aleitamento materno (AM), observa-se um significativo número de lactentes que não são amamentados ao seio ou que são desmamados precocemente. Nesse contexto, foi demonstrado em um estudo^[6] realizado com crianças acompanhadas pelo programa de puericultura em uma cidade do Rio Grande do Sul, que apenas 33,7% dessas crianças foram amamentadas exclusivamente até o sexto mês de vida.

Muitos fatores interferem na prática do AM, entre os quais se pode citar o déficit de conhecimento das gestantes e lactantes no que diz respeito aos benefícios do aleitamento materno, conforme verificado em uma pesquisa^[7], na qual foi identificado que 69,8% das mães não tinham discernimento acerca das vantagens do aleitamento materno exclusivo (AME).

A não lactação e o desmame precoce acarretam várias consequências, como o impacto no desenvolvimento motor oral, prejudicando as funções de deglutição, mastigação, sons da fala, além da perda de nutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento. Bebês não alimentados com leite materno nos primeiros seis meses de vida têm maiores chances de morrer por diarreia e por doenças respiratórias, quando comparados a crianças da mesma idade que foram amamentadas exclusivamente ao seio^[5,8].

As consequências da não adesão ao AM não se limitam ao lactente. A genitora também é afetada, uma vez que perde a proteção natural contra a contracepção e contra o desenvolvimento de câncer de mama e ovários, além da quebra do vínculo promovido pela amamentação^[9].

No Brasil, a prevalência do AM aquém das recomendações, especialmente no que diz respeito ao AME^[10], aponta para a necessidade de adotar ações no sentido de promover e apoiar estratégias para o incentivo à lactação. Entre os profissionais envolvidos nesse processo, destaca-se atenção especial ao enfermeiro, por este ser o profissional que se relaciona mais diretamente com a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal^[11].

Considerando-se a importância do AM para a saúde do lactente, faz-se importante desvendar quais

são as ações empreendidas pelo enfermeiro para promover a amamentação, uma vez que esse conhecimento permite o desencadeamento de medidas que fortaleçam esta prática, prevenindo o desmame precoce e suas consequências. A realização de estudos que tratam dessa temática se faz relevante, pois o enfermeiro é o profissional que realiza consultas de pré-natal e puericultura e, dessa forma, a disseminação desse conhecimento pode trazer impactos positivos, por permitir o incentivo da prática entre esses profissionais, tendo como parâmetro as evidências científicas.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo descrever as ações desencadeadas pelo enfermeiro para promoção do aleitamento materno e prevenção do desmame precoce.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cuja condução obedeceu às cinco etapas propostas para este tipo de estudo: formulação do problema de pesquisa, coleta de dados, avaliação dos dados coletados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados ^[12] (Figura I).

Considerando-se o objeto de estudo proposto, foi delineada a seguinte pergunta de pesquisa que norteou todo o processo de busca: “quais as ações desencadeadas pelo enfermeiro para promoção do aleitamento materno e prevenção do desmame precoce?”

A posteriori, procedeu-se à coleta dos dados, que ocorreu em outubro de 2016 no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), o qual foi selecionado por conter uma grande quantidade de bases de dados. Foram utilizados para coleta os seguintes descritores, consultados na plataforma dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Aleitamento Materno”, “Promoção da Saúde” e “Enfermagem”. A combinação dos descritores aconteceu de forma integrada, sendo utilizado o operador booleano “AND”.

Na busca, foram encontrados 389 textos, os quais foram filtrados pelos seguintes critérios de inclusão: apenas artigos, com disponibilidade de texto na íntegra, publicados em português e no recorte temporal de 5 anos (2012-2016). Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados nas bases e que não respondiam ao objetivo proposto neste trabalho.

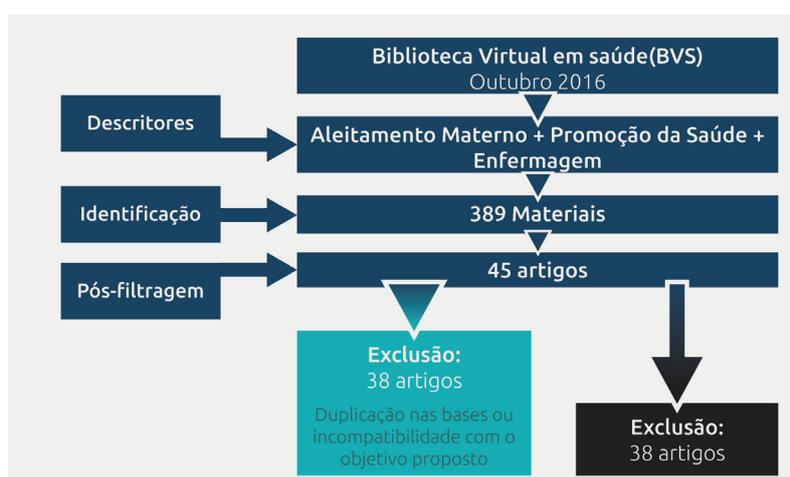


Figura I: Fluxograma de busca dos materiais. Salvador-BA, Brasil, 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da aplicação dos filtros supracitados, foram selecionados 45 artigos. Posteriormente, estes tiveram seu resumo lido, tendo sido excluídos 38 trabalhos, porque estavam duplicados nas bases ou não correspondiam ao objetivo deste estudo. Assim, ao final, foram selecionados 7 artigos, cuja síntese encontra-se no Quadro Sinóptico I.

Foram encontrados artigos publicados em 2013 (n=5) e 2014 (n=2) nas bases de dados LILACS (n= 5) e BDEF (n=2). A maioria (n=4) eram trabalhos originais, tendo sido selecionadas duas revisões de literatura (uma do tipo sistemática e outra integrativa) e um relato de experiência. Quanto à natureza, identificou-se apenas a abordagem qualitativa e todos os estudos foram desenvolvidos no Brasil, tendo sido observados trabalhos realizados no Ceará (n=2), Rio de Janeiro (n=2), Rio Grande do Sul (n=1) e Paraíba (n=1). Convém destacar que em um dos estudos (revisão sistemática) não houve identificação do local de realização. No que diz respeito à autoria, apenas uma das autoras de um dos artigos era licenciada em Educação Física, sendo os demais da área de Enfermagem.

A Enfermagem é apontada na literatura^[13] como a classe com maior contingente de profissionais atuantes junto à população, tanto em serviços públicos como privados, sendo responsável por assistir pessoas, famílias ou grupos da coletividade, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Entre essas atividades, no contexto do cuidado materno-infantil, destaca-se a promoção do aleitamento materno, preconizado pelo MS como um ato que deve ser exclusivo até o sexto mês de vida^[13].

Diversas são as ações desencadeadas pelo enfermeiro na promoção do AME e prevenção do desmame precoce. Neste levantamento, emergiram as seguintes iniciativas: visita domiciliar (VD) ^[14-15]; orientações sobre a amamentação, inclusive durante as consultas de pré-natal^[16], tais como ensino do manejo correto; esclarecimentos acerca da importância dessa prática; aconselhamento para as mães, de forma a promover a autoconfiança no ato da amamentação; educação em saúde para o autocuidado e cuidados com o bebê^[14-15,17-19]; treinamento contínuo da equipe de enfermagem^[16]; além da construção de materiais educativos, como um manual para amamentação^[20], tendo havido destaque para as ações educativas, as quais emergiram unanimemente entre os autores selecionados.

Quadro Sinóptico I: Síntese dos artigos selecionados (n=7) quanto ao ano, autores, base de dados, periódico, tipo e título. Salvador-BA, Brasil, 2016.

ID	ANO	AUTOR(ES)	BASE DE DADOS	PERÍÓDICO	TIPO	TÍTULO
I	2013	Costa et al	BDEF	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	Pesquisa	Construção e validação de manual educativo para a promoção do aleitamento materno
II	2013	Batista et al	LILACS	Saúde em Debate	Pesquisa	Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato

III	2013	Duarte et al	LILACS	Revista Cuidarte	Revisão de literatura	Estratégias utilizadas por enfermeiros na promoção do aleitamento materno no puerpério imediato
IV	2013	Paiva et al	LILACS	Revista Mineira de Enfermagem	Pesquisa	Aleitamento materno de recém-nascidos internados: dificuldades de mães com filhos em unidades de cuidados intensivos e intermediários neonatais
V	2013	Santos et al	BDENF	Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde	Relato de experiência	Cuidado de enfermagem na promoção do aleitamento materno em alojamento conjunto: um relato de experiência
VI	2014	Baptista et al	LILACS	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental	Pesquisa	Lactação em mulheres com bebês prematuros: reconstruindo a assistência de enfermagem
VII	2014	Battaus e Liberali	LILACS	Revista APS	Revisão de literatura	A promoção do aleitamento materno na Estratégia de Saúde da Família – revisão sistemática

A educação em saúde é definida como uma atividade planejada que tem como objetivo criar condições para promover mudanças de comportamento em relação à saúde^[21], permitindo às pessoas aprender a viver de forma mais saudável, criando condições favoráveis a sua existência^[22].

Entre as diversas categorias profissionais que podem desenvolver ações de educação em saúde, o enfermeiro se destaca por ser um profissional voltado ao cuidado, além de ter a possibilidade de estabelecer uma relação singular com cada usuário, família e comunidade, o que possibilita a construção compartilhada de conhecimento^[23]. Esse conhecimento, em se tratando da saúde materno-infantil, faz-se relevante, especialmente, quando direcionado à promoção do AME, considerando-se a importância dessa prática para a díade mãe-bebê.

O profissional deve atender de forma acolhedora e humanizada, fornecendo orientações sobre todo o processo de aleitamento, a posição correta para uma pega ao seio e sobre a suficiência do leite humano, o qual não necessita de associação de outros complementos como água, chá ou leite industrializado^[14], uma vez que é o único alimento que o lactante precisa durante os seis primeiros meses de vida, pois contém os nutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento saudável^[20].

A educação em saúde para promoção da amamentação deve-se iniciar o mais precocemente possível, ainda durante as consultas de pré-natal, conforme destacado em um dos estudos selecionados^[16]. A gestante deve ser orientada sobre a importância e benefícios do AME, de forma a compreender suas vantagens e aderir a essa prática. O acesso a estas informações no período gestacional permite dirimir dúvidas, reduzir ansiedades e conflitos relativos ao processo

de amamentação e preparar a mãe para a realização da prática de forma correta, com conforto e tranquilidade para o binômio^[24].

Nesse contexto, fornecer à mãe esclarecimentos acerca da importância do ato cotidiano e aconselhá-la de forma a promover a autoconfiança no momento da amamentação são considerados por alguns dos autores selecionados^[14,16,18] como essencial ao sucesso dessa prática. Corroborando tal achado, foi auferido em uma pesquisa^[25] que a falta de orientação e de apoio determinaram um sofrimento físico à mulher, que poderia ser evitado a partir de medidas educativas.

Conforme referido em um estudo^[26] realizado com o objetivo de verificar as variáveis que interferem na prática da lactação, muitas nutrizes deixam de amamentar exclusivamente seu bebê por falta de informações acerca da importância do leite materno e do adequado manuseio para uma amamentação eficaz. Ademais, outros fatores, a exemplo da influência familiar, mitos e tabus acerca do processo de amamentação – como a crença de que o leite materno não sustenta – e as intercorrências mamárias são apontadas como fatores para a interrupção da amamentação exclusiva e introdução precoce de outros alimentos na dieta da criança.

Para a instituição de uma prática de educação em saúde satisfatória, é imprescindível conhecer a realidade dos indivíduos com os quais se deseja realizar uma ação educativa^[27]. Assim, em pesquisas^[25,28-30] que desvelam os motivos da não amamentação ou do aleitamento materno misto, as principais causas referidas foram as intercorrências mamárias^[25,28-30] e o trabalho fora de casa^[29-31], sendo que neste último caso, as orientações devem gravitar em torno da ordenha mamária, sendo esta considerada como um dos procedimentos indicados para a manutenção da lactação^[16].

A literatura aponta a importância da técnica de amamentação, referindo que a maior parte das dificuldades de aleitamento está vinculada à pega inadequada no que diz respeito à sucção^[25], levando a lactante a desenvolver problemas mamários e interromper a lactação. Nesse contexto, o ensino do manejo correto é considerado como uma ação de promoção do autocuidado e estímulo ao AME e deve acontecer tanto nas consultas pré-natais como após o nascimento do bebê.

No puerpério, o acompanhamento do binômio a partir de visitas domiciliares foi ressaltado por alguns autores^[14-15,24,26] como uma das ações empreendidas pelo enfermeiro na promoção e manutenção do AME. A esse respeito, recomenda-se a realização da VD após o parto, de preferência imediatamente e nos primeiros dias, sendo recomendado pelo MS^[32] uma VD na primeira semana após a alta do bebê, para garantir que o aleitamento materno seja iniciado o mais precocemente possível, auxiliando as mães nas primeiras mamadas^[15].

Apesar da reconhecida importância da VD na promoção do AM^[33], foi revelado em um estudo^[34] que essa não é uma rotina para todas as enfermeiras que participaram da pesquisa, de forma que a atividade é desenvolvida, caso alguma intercorrência seja observada ou se a puérpera não comparecer à unidade de Estratégia de Saúde da Família em até trinta dias. Em outro^[15] a VD foi caracterizada como não satisfatória, visto que não ocorreu para a metade das participantes e a maioria das visitas, quando aconteceu após o parto, foi realizada por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esses mesmos autores^[15] referem ser tal fato preocupante, considerando-se a importância da VD para a promoção de saúde para a criança e incentivo à prática do AM.

Como a amamentação é uma arte a ser apoiada, aprendida e ensinada^[15], a VD é considerada como um suporte para o sucesso dessa prática. Convém dizer que o processo de lactação é marcado por dificuldades que podem desencorajar o aleitamento materno^[19]. Assim, é imprescindível que a lactante seja informada acerca dos entraves que irá enfrentar, preparando-a para esse ato, de modo que ela não deixe de amamentar seu bebê. Reforça-se, para tanto, a importância da orientação sobre a prática e a busca de meios estratégicos para sensibilizar as mães sobre o quanto a amamentação é importante para o binômio^[26].

Além das tecnologias leves como aconselhamento^[16], foram destacadas em alguns estudos estratégias que fugiam às convencionais, caracterizando-se as “tecnologias duras”. Assim, emergiu a construção de instrumentos educativos, como um manual voltado à prática de amamentação^[20] e a utilização de jogos educacionais com o tema^[16].

A partir da utilização de jogos educacionais sobre amamentação, os autores^[16] puderam observar que as mães ficaram mais confiantes, descontraídas e puderam expor suas experiências e tirar dúvidas sobre o tema. Quanto ao manual desenvolvido, este foi considerado como um instrumento facilitador da prática de enfermagem no incentivo ao AM, uma vez que se trata de uma tecnologia ilustrada, capaz de responder às principais dúvidas que permeiam o cotidiano das mães acerca dessa temática^[20]. Tanto uma como a outra são responsáveis por trazer um retorno positivo e um cuidado prestado com qualidade^[16].

O enfermeiro precisa estar devidamente capacitado para oferecer às gestantes e nutrizes orientações adequadas acerca do processo de lactação, de forma a promover o AM e contribuir para o estabelecimento e manutenção do ato^[24]. Assim, é essencial o aprendizado contínuo e as iniciativas de educação continuada para concretização das políticas de saúde para promoção do AM. Uma equipe bem preparada influencia positivamente a nutriz, realizando desta forma a manutenção do AM^[16].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O AME é importante não só para o bebê, mas também para a genitora. O leite materno oferecido exclusivamente durante os seis primeiros meses de vida, conforme preconizado pelo MS, promove diversos benefícios, de forma que esta prática deve ser encorajada. E o enfermeiro é o profissional que assiste a genitora em todo período gestacional e após este, portanto, ele tem um papel importante na promoção do AME e prevenção do desmame precoce, orientando as mães acerca da importância da prática de amamentação, incentivando e passando confiança para que se tenha um resultado positivo.

Entre as ações desencadeadas pelo enfermeiro na promoção do AME, destacou-se neste levantamento o acolhimento da gestante desde o pré-natal, a partir do fornecimento de orientações acerca da lactação, de forma a promover a autoconfiança e auxiliar no autocuidado para prevenir as intercorrências mamárias, apontadas na literatura a respeito do tema como um dos principais fatores do desmame precoce. Ademais, emergiu a visita domiciliar, que deve se realizada, de preferência, ainda na primeira semana após a alta do bebê e a construção de

materiais educativos, como um manual para amamentação.

Diante do exposto, pode-se concluir que o enfermeiro tem um papel essencial na promoção da amamentação exclusiva, podendo-se utilizar de diferentes meios para assegurar a exclusividade da lactação nos seis primeiros meses do bebê, favorecendo a saúde da díade e destacando a essencialidade da enfermagem na promoção da saúde.

Considerando-se a VD como uma das ações desencadeadas pelo enfermeiro na promoção do AME, sugere-se para estudos posteriores que seja investigada a eficácia das VD realizadas por enfermeiros na manutenção da amamentação, sob o ponto de vista das lactantes.

REFERÊNCIAS

1. Bosi MLM, Machado MT. Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos Esp - Escola de Saúde Pública do Ceará* 2005 Jul-Dez;1(1):17-25.
2. Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 2:S235-S246, 2008.
3. Saliba NA, Zina LG, Moimaz SAS, Saliba O. Frequência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2008;8(4):481-490.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília,DF: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
5. Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JLDA, Issler H. Desmame precoce: implicações para desenvolvimento motor-oral. *Jornal de Pediatria* 2003;79(1): 7-12.
Stephan AMS, Cavada MN, Vilela CZ. Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de Saúde da Família no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010. *Epidemiol Serv Saúde* [periódico na Internet]. 2012. [acesso em 20 out 2016];21(3); [about 8 p.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000300008>.
6. Martins MZO, Santana LS. Benefícios da Amamentação para saúde Materna Interface científicas-saúde e ambiente 2013;1(3): 87-97.
7. Queluz MC, Pereira MJB, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(3):537-43.
8. Ichisato SMT, Shimo AKK. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002;10(4):578-85.

9. Pereira RSV, Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad. Saúde Pública* 2010;26(12):2343-54.
10. Almeida IS, Ribeiro IB, Rodrigues BMRD, Costa CCP, Freitas NS, Vergas EB. Amamentação para mães primíparas: perspectivas e intencionalidades do enfermeiro ao orientar. *Cogitare enferm.* 2010;15(1):19-25.
11. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: update methodology. *J Adv Nurs.* 2005; 52(5):546-53.
12. Queiroz PH, Shimo AK, Nozawa MR. Enfermeiras da atenção básica na promoção do aleitamento materno. *R. pesq.: cuid. fundam. online* 2011. Abr/Jun;3(2):1879-88.
13. Battaus MRB, Liberali R. A promoção do aleitamento materno na estratégia de saúde da família – revisão sistemática. *Rev. APS.* 2014 jan/mar;17(1):93-100.
14. Batista KRA, Farias MCAD, Melo WSN. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. *Saúde em Debate* 2013 Jan/Mar;37(96):130-38.
15. Duarte EF, Santo CSE, Couto MGC, Andrade VLFS, Matos RCP, Santos EI. Estratégias utilizadas por enfermeiros na promoção do aleitamento materno no puerpério imediato. *Revista Cuidarte* 2013;4(1):523-30.
16. Baptista SS, Alves VH, Souza RMP, Rodrigues DP, Barbosa MTSR, Vargas GS. Lactação em mulheres com bebês prematuros: reconstruindo a assistência de enfermagem. *J. res.: fundam. care* 2013 Jul./Set;6(3):1036-46.
17. Paiva CVA, Saburido KAL, Vasconcelos MN, Silva MAM. Breastfeeding a hospitalized newborn: difficulties of mothers with children in neonatal intensive and intermediate care units. *Rev Min Enferm.* 2013 Out/Dez; 17(4):932-39.
18. Santos KCR, Silva ML, Silva EF. Cuidado de enfermagem na promoção do aleitamento materno em alojamento conjunto: um relato de experiência. *Rev. enferm. atenção saúde* 2013;2(1):99-105.
19. Costa PB, Chagas ACMA, Joventino ES, Dodt RCM, Oriá MOB, Ximenes LB. Construção e validação de manual educativo para a promoção do aleitamento materno. *Rev Rene.* 2013; 14(6):1160-7.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Educação em Saúde nas Unidades Federadas. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1980.
21. Silva LD, Beck CLC, Dissen CM, Tavares JP, Budó MLD, Silva HS. O enfermeiro e a educação em saúde: um estudo bibliográfico. *Rev Enferm UFSM* 2012 Mai/Ago;2(2):412-19.

22. Tsukita AN, Lopes MH, Barcellos R, Cavalli SF, Schmidt SSD, Kaefer CT, Oliveira KM. Aleitamento materno: educação em saúde em unidade especializada na assistência obstétrico-ginecológica- um relato de experiência. [Apresentação no Seminário Interinstitucional de Ensino, Pesquisa e Extensão]. Disponível em: http://www.unicruz.edu.br/15_seminario/seminario_2010/CCS/ALEITAMENTO%20MATERNO-%20EDUCA%C3%87%C3%83O%20EM%20SA%C3%9ADE%20EM%20UNIDADE%20ESPECIALIZADA%20NA%20ASSIST%C3%8ANCIA%20OBST%C3%89TRICO-GINECOL%C3%93GICA-%20um.pdf
23. Fonseca-Machado MO, Haas VJ, Stefanello J, Nakano AMS, Gomes-Sponholz F. Aleitamento materno: conhecimento e prática. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(4):809-15.
24. Diogo EF, Souza T, Zocche DA. Causas do desmame precoce e suas interfaces com a condição socioeconômica e escolaridade. *Enfermagem em Foco* 2011; 2(1):10-13.
25. Souza TO, Bispo TC. Aleitamento materno exclusivo e o programa saúde da família da chapada, município de Aporá (BA). *Revista Baiana de Saúde Pública* 2007 Jan/Jun;31(1):38-51.
26. Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(3):641-9.
27. Moura ERF, Freitas GL, Pinheiro AKB, Machado MMT, Silva RM, Lopes MVO. Lactação com amenorreia: experiência de enfermeiros e a promoção dessa opção contraceptiva. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45(1):40-6.
28. Parizotto J, Zorzi NT. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. *O Mundo da Saúde* 2008;32(4):466-74.
29. Valduga LC, Ascari RA, Zanotelli SS, Frigo J, Schmitt MD, Sandrin J. Desmame precoce: intervenção de enfermagem. *Rev. Saúde Públ. Santa Cat.* 2013 Abr./Jun.; 6(2):33-44.
30. Araújo OD, Cunha AL, Lustosa LR, Nery IS, Mendonça RCM, Campelo SMA. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2008 Jul-Ago;61(4):488-92.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério. Manual Técnico, Brasília, DF: Ed. MS, 2006.
32. Silva PL. Importância da visita domiciliar na promoção do aleitamento materno. Uberaba. Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família] - Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
33. Oliveira AP, Gavasso WC. A atuação do enfermeiro na promoção do aleitamento materno em unidades de estratégia de saúde da família do município de Joaçaba, SC. *Unoesc & Ciência – ACBS* 2012 Jan./Jun.;3(1):7-16.

Revista Brasileira de Saúde Funcional

PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO DE AGRAVOS E TRATAMENTO
DE DOENÇAS NA PERSPECTIVA FÍSICA E MENTAL

Volume 1 Número 1 Junho 2017

ISSN: 2358-8691

Roberto Rodrigues B. Tosta Maciel
rmaciel@uneb.br

Professor de Fisioterapia, Centro Universitário Estácio-FIB, Salvador, Bahia, Brasil; Professor da Universidade do Estado da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

Marcelo Peixoto Souza

Professor da Universidade do Estado da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

Daniel dos Santos Cerqueira

Discente do Curso de Fisioterapia. Centro Universitário Estácio FIB, Salvador, Bahia, Brasil.

Héber Nunes Cerqueira

Discente do Curso de Fisioterapia. Centro Universitário Estácio FIB, Salvador, Bahia, Brasil.

Marcio Costa de Souza

Professor da Universidade do Estado da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

PERSPECTIVAS E MOTIVAÇÕES PARA A ESCOLHA DA ESPECIALIZAÇÃO: UMA VISÃO DE GRADUANDOS DE FISIOTERAPIA

*PERSPECTIVES AND MOTIVATIONS TO CHOICE THE
SPECIALIZATION AREA: A VIEW OF PSYSIOTHERAPY
STUDENTS*

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar os fatores que influenciam o graduando do curso de fisioterapia na escolha da área de especialização. Trata-se de um estudo de caráter descritivo e de natureza qualitativa. Para tal, foram realizadas entrevistas com graduandos de instituições de ensino público e particular da cidade de Salvador-Bahia. Os resultados foram divididos em cinco categorias: área de escolha; fatores de influência; flexibilidade na escolha da área em função do mercado de trabalho; percepção acerca das competências e habilidades requeridas como determinantes da escolha da área profissional e prática de estágio. Concluiu-se que a prática de estágio proporciona uma rotina profissional de forma prévia, o desenvolvimento do interesse pessoal pela área e aumento da confiança para atuar no mercado de trabalho. As vivências no âmbito familiar e a flexibilidade em função do mercado de trabalho também auxiliaram a nortear os acadêmicos na escolha da área de especialização.

PALAVRAS-CHAVE:

Fisioterapia; Especialização; Ocupações.

ABSTRACT

This study aimed to identify the factors which influence physiotherapy students to choice the specialization area. It is a descriptive and qualitative study. The data collection occurred through interview with students of public and private education institution from Salvador-Bahia. The results were divided into five categories: chosen field; Influence factors; flexibility in the choice related to labor market; perception about the competences and abilities required as determinants for choice of professional area and internship. It is concluded that the internship provides a professional routine previously, the development of

personal interest in the internship area and the increase of confidence to work professionally. Finally, the family influences and the flexibility related to labor market can affect the students' choice about the specialization area.

KEYWORDS:

Physiotherapy; Specialization; Occupations.

INTRODUÇÃO

A escolha profissional envolve o desejo de autorrealização¹ e independência econômica², aspectos estimulados por conceitos construídos no decorrer da vida acadêmica e pessoal³. Assim, a decisão sobre em que área se especializar pode ser influenciada por variados fatores, incluindo os familiares⁴, motivacionais, pessoais⁵, experiência de estágio, mercado de trabalho, oportunidade de emprego e financeiros⁶. É preciso considerar que diversos aspectos interferem na tomada de decisão quanto à especialidade a ser seguida⁷ e esses podem variar de acordo com componentes individuais como, por exemplo, personalidade⁸ e experiências já vivenciadas⁹.

A Fisioterapia, profissão surgida no Brasil no início do século XX,¹⁰ devido ao alto índice de indivíduos com sequelas de poliomielite¹¹, teve uma ampliação das demandas de trabalho a partir da 2ª Guerra Mundial¹². Atualmente, no país, o profissional fisioterapeuta pode atuar em variados contextos e estabelecimentos de saúde¹³, entre os quais: hospitais, clínicas, ambulatórios, consultórios, centros de reabilitação, nas áreas que envolvam a saúde coletiva, na educação, nas indústrias de equipamentos de uso fisioterapêutico e no esporte¹⁴. Após o término da graduação, o profissional fisioterapeuta pode dar seguimento aos estudos por meio dos cursos de pós-graduação *Stricto Sensu* ou especializações (*Lato Sensu*)¹⁵.

A especialização consiste em uma formação com caráter de educação continuada, voltada ao aprimoramento acadêmico e profissional que confere habilidades técnicas específicas a determinada área. Gradativamente, os campos de atuação do fisioterapeuta foram se configurando nas áreas de especialização profissional¹⁶. Em 2009, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional criou uma comissão de profissionais ligados a diferentes especialidades reconhecidas por ele, a fim de normatizar as especialidades da Fisioterapia¹⁵.

Nesse contexto, este trabalho se propõe a identificar fatores determinantes na escolha de especialidades da Fisioterapia entre estudantes.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter qualitativo, realizada no período de maio a julho de 2016 em duas instituições de ensino superior (uma pública e outra privada) da cidade de Salvador-BA,. A pesquisa qualitativa se revelou como mais apropriada neste estudo pela sua possibilidade

de abarcar a dimensão subjetiva da experiência dos sujeitos, graduandos de Fisioterapia, ao revelar suas percepções, interesses e crenças acerca dos desafios que reconhecem presentes no início da carreira profissional, especialmente aqueles envolvidos com a escolha de especialidades fisioterapêuticas.

Para responder à complexidade do estudo, adotou-se a técnica da entrevista. A amostragem foi por conveniência. Os participantes do estudo foram 5 graduandos do oitavo ao décimo período do curso de Fisioterapia. O número dos sujeitos que compuseram o quadro de realização das entrevistas não foi facilmente determinado. Sua escolha dependeu da qualidade das informações obtidas em cada depoimento, como também da profundidade e do grau de recorrência e divergência das informações.

O estudo foi iniciado após autorização e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Estácio-FIB (parecer: 1.651.467). Os acadêmicos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido concordando com a realização da pesquisa. Para a coleta de dados foi aplicada entrevista semiestruturada individual, em ambiente reservado nas próprias instituições, conforme a disponibilidade dos participantes. Depoentes foram identificados neste trabalho pela letra "E" de entrevista, seguida pelo número correspondente à mesma.

Os áudios foram transcritos e analisados por meio da análise de conteúdo do tipo temática que permitiu compreender mais profundamente as significações que os participantes atribuíram aos aspectos em estudo. A análise temática consistiu em identificar e destacar os núcleos de sentido que compõem a comunicação. Em seguida, os temas, que são unidades de significação, foram extraídos das partes do texto. Os núcleos de sentidos encontrados na pesquisa foram: Percepções iniciais acerca das descobertas do caminho profissional; Fatores que influenciam na escolha da especialização; Flexibilidade na escolha da área em função do mercado de trabalho; e Vivências de estágio. A análise de conteúdo englobou diferentes fases: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das entrevistas possibilitou a identificação de cinco categorias: 1) Percepções iniciais acerca das descobertas do caminho profissional 2) fatores de influência; 3) flexibilidade na escolha da área em função do mercado de trabalho; 4) percepção acerca das competências e habilidades requeridas como determinantes da escolha da área profissional e 5) prática de estágio.

PERCEPÇÕES INICIAIS ACERCA DAS DESCOBERTAS DO CAMINHO PROFISSIONAL:

A graduação representa uma fase de descobertas e buscas para o sujeito, por isso também é um período causador de conflitos ao estudante em momentos distintos: o início é um momento de adaptação ao mesmo e à vida universitária¹⁷, o meio apresenta-se como a fase de sentir a responsabilidade social da profissão¹⁸, porém sem que o aluno se sinta preparado; o final do

curso é caracterizado pelo medo de se inserir no mercado de trabalho¹⁹, com surgimento da sensação de despreparo, em virtude da perda da segurança de ser estudante, reconhecendo-se um profissional sem experiência.

“Meu contato com a Geriatria foi no decorrer do curso. Por eu ter uma avó [...], senti o interesse por esta área na fisioterapia” (E1).

“Eu nunca tive contato com Uroginecologia. Soube que existia quando entrei na faculdade, e quando comecei o estágio, me apaixonei” (E3).

“Eu gostava da disciplina de UTI” (E5).

Percebe-se nas falas acima que as experiências na formação que determinam a escolha da especialização, e assim, o campo de trabalho, emergem da própria vida, assim como nos diversos componentes curriculares que os mesmos experimentam durante o curso.

Vale ressaltar que o Brasil tem passado por uma fase de transição epidemiológica na qual identificamos um aumento da população idosa e conseqüentemente dos óbitos por doenças do aparelho circulatório e por doenças neoplásicas²⁰. Nessa perspectiva, são esperadas maiores oportunidades para a prática fisioterapêutica no âmbito da atenção secundária e terciária. Vale ressaltar que esta perspectiva de atuação profissional vai de encontro ao modelo que preconiza a atenção básica como eixo central de reestruturação do modelo assistencial brasileiro²¹.

Fatores que influenciam na escolha da especialização

Existem diversos fatores que influenciam na escolha de uma profissão: predisposição individual; convicções religiosas; situação econômica; aumento do mercado de trabalho; influência dos pais²².

“Posso trabalhar na área de estética, porque minha família atua nesse ramo”(E1).

“Uroginecologia é uma área em que precisa haver envolvimento com o paciente e eu gosto desta relação bem próxima” (E4).

“Sempre gostei de idoso, por isso já sabia o que eu queria, desde quando eu ingressei na faculdade” (E2).

“Eu tinha um tio que era fisioterapeuta, e eu gostava de acompanhá-lo em seus atendimentos de

Pilates. Devido a isso, optei por entrar no curso de Fisioterapia [...]”. (E3).

A escolha profissional é uma temática complexa, visto que envolve múltiplos aspectos⁶. É influenciada pelas distintas experiências vividas pelo acadêmico²³. Aspectos subjetivos, emocionais e pessoais estão envolvidos nessa escolha². Considera-se que a relação entre o homem e o mundo é o que determina muitas das escolhas e, entre elas, a da profissão²⁴. Uma boa escolha profissional leva em consideração vários aspectos: o desejo que se possui, bem como as competências e habilidades do sujeito²⁵.

Dessa forma percebemos a interferência do lado subjetivo na escolha da especialidade, a multiplicidade na forma de experimentar o mundo e como as vivências do cotidiano determinam o caminho a ser escolhido profissionalmente.

Flexibilidade na escolha da área em função do mercado de trabalho

Estudantes acreditam em valores de autorrealização no trabalho e na manutenção de uma vida pessoal equilibrada no momento de escolher uma especialização. Aspectos financeiros são considerados. Além disso, os estudantes valorizam na carreira a experimentação de diversas atividades e áreas de trabalho, com o objetivo de um aprendizado contínuo e de uma garantia de empregabilidade.

“Enquanto não terminar minha pós de uroginecologia, vou ficar atendendo em ortopedia, visto que a demanda é maior” (E3).

“Posso trabalhar em qualquer área, com exceção de pediatria. Mas se só tiver ela, eu também vou” (E5).

As transformações sazonais no mercado de trabalho em geral alteram o significado do trabalho para os indivíduos e, em especial, para os jovens trabalhadores²⁶. A conjuntura econômica tende a alterar o processo de escolha da profissão e da carreira a ser seguida pelos indivíduos, levando-os a caminhos não desejados, contrapondo ao item anterior; o que pode nos fazer pensar sobre os anseios dos entrevistados no que tange aos seus desejos, já que a escolha foi pautada na oportunidade financeira e não no desejo pessoal.

Percepção acerca das competências e habilidades requeridas como determinantes da escolha da área profissional

O conceito de competência é comumente baseado em três dimensões: conhecimentos, habilidades e atitudes²⁷. Transmitir conhecimentos, saber empreender e identificar oportunidades são exemplos de competências e habilidades necessárias para o futuro profissional. A adoção

de um comportamento que atenda às expectativas no trabalho exige do sujeito não apenas conhecimentos, mas também habilidades e atitudes apropriadas²⁸.

“Tem que ser boa em todas as áreas. Eu não me sinto segura, porque eu não sou boa em todas”(E1).

“Geriatría é muito ampla. Para você atender bem, precisa conhecer várias áreas”(E2)

Percebe-se uma insegurança na atuação dos entrevistados em suas falas, o que pode influenciar diretamente para a realização de uma especialização. Assim abre-se uma discussão sobre a qualidade na formação desses estudantes, o que os faz procurar o quanto antes uma especialização.

Vivências de estágio

O estágio supervisionado é o polo prático dos cursos de formação de profissionais²⁹. O termo “prática de ensino” foi largamente utilizado para denominar os exercícios práticos de ensino desde o início das escolas de formação de professores (escola normal).

O estágio deve ser compreendido como espaço que oportunize a efetivação do conhecimento e dos saberes necessários à prática, ou seja, um lugar de produção do conhecimento. Por isso, é uma prática que precisa ser intencional e fundamentada. Somente dessa forma é possível realizar a articulação entre teoria e prática.

“Ortopedia eu me identifiquei quando eu estava no estágio”(E4).

“Eu me identifiquei com UTI, por meio da influência da professora, porque ela era dinâmica.”(E5).

O campo de estágio tem um significativo impacto no desenvolvimento da preferência de uma área específica. É no estágio que o estudante encontra a oportunidade de desenvolver seus próprios valores de trabalho, os supervisores também são citados como influentes na preferência dos discentes pela área de prática⁶.

Nota-se que o docente tem um papel fundamental na preferência da especialização, o que demonstra que as competências atitudinais, cognitivas e práticas se fortalecem subjetivamente nessa escolha. E o espaço da prática do estágio se estabelece como um lugar especial para este fim.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse trabalho foram identificadas as principais categorias que determinaram os processos de escolha da especialidade de Fisioterapia: A prática do estágio que, ao proporcionar uma forma

prévia de rotina profissional, desenvolveu o interesse pessoal pela área que o graduando estagiou. A vivência familiar facilitou o desenvolvimento de afinidade para a escolha da especialização; a flexibilidade em função do mercado de trabalho, a percepção acerca das habilidades requeridas também influenciou os acadêmicos na escolha da área de especialização.

Dessa forma, notam-se os mais diversos fatores que influenciaram na escolha da especialização, como: influência familiar, prática em estágios extracurricular e curricular, afinidade com a área, flexibilidade em mudar a área de escolha e preparo profissional. Cabe salientar a ausência, por parte das instituições de ensino, de projetos que estimulem e despertem os alunos de forma precoce a gerirem seus planos de carreiras.

REFERÊNCIAS

1. Cruz JAS, NSS, Vannucchi TR, Gouveia EM, Passerotti CC, Bruschini H, Srougi M. Fatores determinantes para a escolha da especialidade médica no Brasil. *Rev Med (São Paulo)* 2010;89(1).
2. Dias MSL, Soares DHP. A escolha profissional no direcionamento da carreira dos universitários. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2012;32(2).
3. Bickel J, Bronw AJ. Generation X: Implications for Faculty Recruitment and Development in Academic Health Centers. *Academic Medicine*. 2005;80(3).
4. Santos LMM. O papel da família e dos pares na escolha profissional. *Psicologia em Estudo*. 2005;10(1).
5. Magalhães M, Redivo A. Re-opção de Curso e Maturidade Vocacional. *Revista da ABOP*. 1998;2.
6. Drummond AF, Mancini CM, Bueno KMP, Klausling KR, Moura LB. Fatores que influenciam a escolha da área de atuação entre formandos em Terapia Ocupacional. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2009;20(2).
7. Crowe MJ, Mackenzie L. The influence of fieldwork on the preferred future practice areas of final year occupational therapy students. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2002;49.
8. Almeida, MEGG, Magalhães AS. Escolha profissional na contemporaneidade: projeto individual e projeto familiar. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*. 2011;12(2).
9. Watte G, Manfroi WC, Machado CLB, Mantuan BC, Moreira ALS, Oliveira FdM, et al. Componentes Determinantes na Escolha da Especialização em Novos Profissionais Médicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2015;39(2):193-5.
10. Calvalcante CCL, Rodrigues ARS, Dadalto TV, Silva EB. Evolução científica da fisioterapia em 40 anos de profissão. *Fisioter Mov* 2011;24(3).
11. Barros FBM. Poliomielite filantropia e fisioterapia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13(3).
12. Ojeda BS, Creutzberg, M, Feoli AMP, Melo DS, Corbellini VL. Acadêmicos de enfermagem, nutrição e fisioterapia: a escolha profissional. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009. 2009;17(3).

13. Marques AP Sanches EL. Origem e evolução da fisioterapia aspectos históricos e legais. Rev Fisiot Univ São Paulo. 1994;1(1).
14. Copetti SMB. Fisioterapia de sua origem aos dias atuais. Revista in pauta. 2004;2(1).
15. Bernadete Pita EG. Especialização e especialidade. Fisioter Pesqui. 2012;19(2).
16. Simoni DE, Carvalho JB, Moreira AR, Morera JAC, Maia ARC, Boreinstein MS. A formação educacional em fisioterapia no Brasil: fragmentos históricos e perspectivas atuais. Hist enferm Rev eletrônica. 2015;6(1).
17. Teixeira MAP, Dias ACG, Wottrich SH, Oliveira AM. Adaptação à universidade em jovens calouros. Psicol Esc Educ 2008;12(1).
18. Souza MF SR. O processo de escolha da área de atuação pelo graduando de psicologia. Revista Kaleidoscópio. 2012;3:36.
19. Teixeira MAP GW. Estou me formando... e agora? Reflexões e perspectivas de jovens formandos universitários. Revista Brasileira de Orientação Profissional 2004;5(1).
20. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2012;21(4):529-32.
21. JPB J. Fisioterapia e saúde coletiva desafios e novas responsabilidades profissionais. Ciênc saúde coletiva. 2010;15(1).
22. MA R. Quatro diferentes visões sobre o estágio supervisionado. Revista Brasileira de Educação. 2013;18(55).
23. Nepomuceno RF WG. Influência da família na decisão profissional: opinião de adolescentes. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional. 2010;14(1).
24. Comin F-S, Nedel AZ, Santos MA. Temos nosso próprio tempo: grupo de orientação das escolhas profissionais com alunos do ensino médio. Vínculo. 2011;8(1).
25. Colombo GPL. Maturidade para escolha profissional, habilidades sociais e inserção no mercado de trabalho. Revista Brasileira de Orientação Profissional jul-dez 2014, Vol 15, No 2, 201-212. 2014;15(2).
26. Pauli RC, Nakabashi L, Sampaio AV. Mudança estrutural e mercado de trabalho no Brasil. Revista de Economia Política. 2012;32(3).
27. Fleury MTL, Fleury A. Construindo o conceito de competência.pdf>. Rev Adm Contemp. 2001;5.
28. Brandão HP, Guimarães TA. Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto? RAE Revista de Administração de Empresas. 2001;41(1).
29. Benito GAV, Tristão KM, de Paula ACSF, Santos MA, Ataíde LJ, Lima RCD. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. Rev Bras Enferm. 2012;65(1).

Revista Brasileira de Saúde Funcional

DIRETRIZES PARA AUTORES

A Revista Brasileira de Saúde Funcional assume os moldes da **Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals**, preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são detalhadas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), www.icmje.org, na versão atualizada de abril de 2010.

A publicação dos artigos é uma decisão dos editores. Todas as contribuições que suscitarem interesse editorial serão submetidas à revisão por pares anônimos.

ASPECTOS ÉTICOS

Segundo o Conselho Nacional de Saúde, resolução 466/12, para estudos em seres humanos, é obrigatório o envio da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, independente do desenho de estudo adotado (observacionais, experimentais ou relatos de caso). Deve-se incluir o número do Parecer da aprovação da mesma pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital ou Universidade, a qual seja devidamente registrada no Conselho Nacional de Saúde. A realização de experimentos envolvendo animais deve seguir resoluções específicas (Lei nº 11.794/08), sendo obrigatório o envio da carta de aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animal (CEUA).

1. EDITORIAL

O Editorial que abre cada número da Revista Brasileira de Saúde Funcional comenta acontecimentos recentes, inovações tecnológicas, ou destaca artigos importantes publicados na própria revista. É realizada a pedido dos editores, que podem publicar uma ou várias opiniões de especialistas sobre temas de atualidade.

2. ARTIGOS ORIGINAIS

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais com relação a aspectos experimentais ou observacionais, em estudos com animais ou humanos. Formato: O texto dos Artigos originais é dividido em Resumo (inglês e português), Introdução, Material e métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Agradecimentos (optativo), Conflito de Interesse (condicional a natureza e/ou financiamento da pesquisa) e Referências. Texto: A totalidade do texto, incluindo as referências e as legendas das figuras, não deve ultrapassar 30.000 caracteres (espaços incluídos), e não deve ser superior a 18 páginas A4, em espaço 1,5, fonte Times New Roman tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc. Tabelas: Recomenda-se usar no máximo seis tabelas, no formato Excel ou Word. Figuras: Máximo de 08 figuras, em formato .tif ou .gif, com resolução de 300 dpi. Literatura citada: Máximo de 30 referências. Máximo de autores – 06 autores.

3. REVISÃO

Os artigos de revisão são habitualmente encomendados pelo Editor a autores com experiência comprovada na área. Artigos de revisão deverão abordar temas específicos com o objetivo de atualizar os menos familiarizados com assuntos, tópicos ou questões específicas na área de saúde funcional e ciência do movimento. O Conselho Editorial avaliará a qualidade do artigo, a relevância do tema escolhido e o comprovado destaque dos autores na área específica abordada. A inadequação de qualquer um dos itens acima acarretará na recusa do artigo pelos editores, sem que o mesmo seja enviado para o processo de revisão pelos pares. O artigo de revisão deve ter, no máximo, 30 (trinta) páginas e 100 (cem) referências.

4. RELATO DE CASO

São artigos que apresentam dados descritivos de um ou mais casos clínicos ou terapêuticos com características semelhantes. Só serão aceitos relatos de casos não usuais, ou seja, doenças raras ou evoluções não esperadas.

Formato: O texto deve ser subdividido em Introdução, Apresentação do caso, Discussão, Conclusões e Referências.

Texto: A totalidade do texto, incluindo a literatura citada e as legendas das figuras, não deve ultrapassar 20.000 caracteres, incluindo espaços.

Figuras e Tabelas: máximo de três tabelas e três figuras.

Literatura citada: Máximo de 30 referências.

PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

- Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página A4, formatados da seguinte maneira: fonte Times New Roman tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.
- Tabelas devem ser numeradas com algarismos romanos, e Figuras com algarismos arábicos.
- As imagens devem estar em preto e branco ou tons de cinza, e com resolução de qualidade gráfica (300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif. Imagens coloridas serão aceitas excepcionalmente, quando forem indispensáveis à compreensão dos resultados (histologia, neuroimagem, etc).

PÁGINA DE APRESENTAÇÃO

A PRIMEIRA PÁGINA DO ARTIGO TRAZ:

- O título do trabalho em português e inglês;
- Resumo e palavras-chave: em português e inglês, não podendo ultrapassar 300 palavras. Deve conter introdução, objetivo, metodologia, resultados e conclusão;
- Abaixo do respectivo resumo, os autores deverão indicar 3 a 5 palavras-chave em português e

em inglês para indexação do artigo. Recomenda-se empregar termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra em <http://decs.bvs.br>.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos a colaboradores, agências de fomento e técnicos devem ser inseridos no final do artigo, antes das Referências, em uma seção à parte.

REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas com algarismos arábicos, mencionadas no texto pelo número entre colchetes [], e relacionadas nas Referências na ordem em que aparecem no texto, seguindo as normas do ICMJE. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com a List of Journals Indexed in Index Medicus ou com a lista das revistas nacionais e latinoamericanas, disponível no site da Biblioteca Virtual de Saúde (www.bireme.br). Devem ser citados todos os autores até 6 autores. Quando mais de 6, colocar a abreviação latina et al.

EXEMPLOS:

1. Phillips SJ, Hypertension and Stroke. In: Laragh JH, editor. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New-York: Raven Press; 1995. p. 465-78.
2. Yamamoto M, Sawaya R, Mohanam S. Expression and localization of urokinase-type plasminogen activator receptor in human gliomas. *Cancer Res* 1994;54:5016-20.

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em “Comentários ao editor”.
2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF. 3. URLs para as referências foram informadas quando possível.
4. O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.
6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.
7. Li o item “Diretrizes Para Autores”