



# ABSI

Arquivo Brasileiro  
de Saúde Integrada

---

Edição 2(1) | 2021  
Janeiro/Fevereiro/Março  
ISSN: 2675-7818



# SUMÁRIO

<b>A QUALIDADE DA PROSÓDIA DE PACIENTES AFÁSICOS QUE ORALIZAM .....</b>	<b>04</b>
INGRID SHIBATA RODRIGUES; VIVIAN FERREIRA DE BARROS; RENATA TAINÁ FERREIRA DOS SANTOS; ALEXANDRA MARIA GÓES NEGRÃO.	
<b>ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E ORTOTANÁSIA - QUANDO A CURA NÃO É MAIS POSSÍVEL.....</b>	<b>14</b>
MARCELO FLÁVIO BATISTA DA SILVA; CAIO CLAYDERMAN FERREIRA DE LIMA E SILVA; DAVI RONI DA SILVA; GABRIEL EVÉLIN ANJOS ALVES; JENNYFER ANDREYSE DE SOUZA ARAÚJO; MARIA BIANCA LEITE; VALDIRENE PEREIRA DA SILVA CARVALHO.	
<b>ABDOME AGUDO PERFURATIVO SECUNDÁRIO À DOENÇA ULCEROSA PÉPTICA.....</b>	<b>24</b>
MATEUS PAES BARRETO LÓSSIO; ANA LAÍSA ANDRADA OLIVEIRA; MAURÍCIO DA CRUZ CASTRO JÚNIOR; ANA CAROLINA RODRIGUES DE ANDRADE.	
<b>TIREOIDECTOMIAS – ANÁLISE RETROSPECTIVA DE PACIENTES EM HOSPITAL SECUNDÁRIO.....</b>	<b>32</b>
ANA LAÍSA ANDRADA OLIVEIRA; ALLYSON LUCAS DA COSTA MEDEIROS; MATEUS PAES BARRETO LÓSSIO; MARIA VITÓRIA SILVA DE LIMA; SAMIR AUGUSTO DO NASCIMENTO FERREIRA; MAURÍCIO DA CRUZ CASTRO JÚNIOR; DANDARA MARIA SOARES DAMÁSIO DA SILVA.	
<b>DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS E CIRURGIAS BARIÁTRICAS .....</b>	<b>40</b>
MATEUS PAES BARRETO LÓSSIO; ANA LAÍSA ANDRADA OLIVEIRA; KATIANE SOUZA BENÍCIO; MARIA LAURA CORREIA AMORIM; MARIA SOFIA MONTEIRO CARNEIRO LEÃO; MAURÍCIO DA CRUZ CASTRO JÚNIOR.	
<b>O CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE UMA UNIVERSIDADE PRIVADA DE BELÉM-PA ACERCA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS .....</b>	<b>47</b>
LARISSA OLIVEIRA DOS SANTOS; LENA DO SOCORRO BOUCAO SANTANA; SHALOENNE PALHETA CORDEIRO; HALLESSA DE FATIMA DA SILVA PIMENTEL.	

## A QUALIDADE DA PROSÓDIA DE PACIENTES AFÁSICOS QUE ORALIZAM

INGRID SHIBATA RODRIGUES<sup>1</sup>; VIVIAN FERREIRA DE BARROS<sup>1</sup>; RENATA TAINÁ FERREIRA DOS SANTOS<sup>1</sup>; ALEXANDRA MARIA GÓES NEGRÃO<sup>2</sup>.

1 – Fonoaudiólogas formadas pela UNAMA ALCINDO CACELA.

2 – Docente de Fonoaudiologia da UNAMA ALCINDO CACELA.

Artigo submetido em: 15/12/2020.

Artigo aceito em: 22/02/2021.

Conflitos de interesse: não há.

E-mail para contato: shibataingrid@gmail.com

### Resumo

Para que a comunicação ocorra de maneira eficiente, são necessários diversos aspectos funcionando em sua plenitude, sendo alguns desses, a linguagem e a prosódia. Na ocorrência de lesões neurológicas no adulto, a prosódia pode ser afetada, repercutindo logicamente na eficiência da comunicação. A presente pesquisa teve como objetivo analisar a qualidade da prosódia de pacientes com afasia que oralizam. Foi realizada com 8 participantes, de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos, sem histórico/queixa de deficiência auditiva, de maneira qualitativa e observacional. A metodologia constou, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNAMA, de aplicação de um protocolo elaborado pelas pesquisadoras, para avaliação dos aspectos relacionados aos órgãos fonoarticulatórios e prosódia, em 8 sessões, de 20 minutos cada, individualmente. Os resultados demonstraram que durante toda a análise da seção de motricidade orofacial presente no protocolo, todos os indivíduos avaliados apresentaram ao menos uma alteração em algum dos itens. Embora alguns participantes possuíam irregularidades em motricidade orofacial, não apresentaram prejuízos em prosódia, mesmo as alterações músculo-esqueléticas mostrando-se significativas. Apenas um avaliado apresentou as manifestações em prosódia que foram mais significativas do que as de motricidade, evidenciando o inverso e reforçando os resultados. Concluiu-se que a qualidade da prosódia em afásicos nem sempre possui correlação com alterações de motricidade orofacial, assim como com as manifestações deste distúrbio de linguagem.

**Palavras-chave:** Linguagem, Afasia, Prosódia.

### Abstract

In order for communication to occur efficiently, several aspects are required to function in their fullness, some of which are language and prosody. In the occurrence of neurological injuries in adults, prosody can be affected, logically affecting the efficiency of communication. This research aimed to analyze the quality of the prosody of patients with aphasia who oral. It was carried out with 8 participants, of both sexes, aged over 18 years, with no history / complaint of hearing impairment, in a qualitative and observational manner. The methodology consisted, after the approval of the project by the Research Ethics Committee of UNAMA, of application of a protocol elaborated by the researchers, for the evaluation of the aspects related to Organs phonoarticulatory organs and prosody, in 8 sessions, of 20 minutes each, individually. The results showed that during the entire analysis of the orofacial motricity section present in the protocol, all the individuals evaluated presented at least one alteration in any of the items. Although some participants had irregularities in orofacial motricity, they did not show any impairment in prosody, even though the musculoskeletal changes were significant. Only one evaluated presented the prosody manifestations that were more significant than those of motricity, showing the opposite and reinforcing the results. It was concluded that the quality of prosody in aphasics does not always correlate with changes in orofacial motricity, as well as with the manifestations of this language disorder.

**Keywords:** Language, Aphasia, Prosody.

## Introdução

A comunicação não é exclusividade do ser humano, outros seres como animais e plantas possuem sua própria forma de comunicar-se. Como evidenciado por Pinheiro (2005 p.11) “comunicação vem do latim *communicare*, que significa tornar comum, compartilhar, trocar opiniões, associar, conferenciar”. O ato de comunicar-se não confere uma ação meramente casual ou até mesmo somente informativa, mas trata-se, na verdade, de uma necessidade humana. Por meio da comunicação, criam-se vínculos afetivos, impacta-se a vida de outrem, satisfazem-se vontades, entre outros.

A Fonoaudiologia atua como a ciência responsável pelos distúrbios da comunicação humana, sendo possível inferir sua importância mediante a promoção de saúde a qualidade de vida, uma vez que se evidencia a relevância dos processos comunicativos. Processos que tornam-se possíveis por meio da linguagem.

A linguagem é uma função cerebral, que utiliza elementos sistemáticos para que a comunicação humana seja realizada. Quando conclui seu desenvolvimento, passa a possuir três funções principais, nas quais o uso define se a transmissão do conteúdo se dará por meio da fala, de gestos, entre outras formas. O conteúdo trata-se do que o indivíduo quer comunicar, estando diretamente relacionado aos níveis linguísticos e com a forma a qual engloba a produção dos sons da mensagem escolhida pelo emissor. A fusão das três funções descritas chama-se linguagem funcional, que compreende o processamento da informação, tanto em relação à codificação quanto à decodificação (MOUSINHO *et al*, 2008).

Em relação ao cérebro, o mesmo divide-se em duas áreas clássicas da linguagem: a área de Wernicke, polo receptivo, localizada no lobo temporal, relacionada à imagem auditiva das palavras e responsável pela decodificação, e a área de Broca, polo expressivo, localizada no lobo

frontal, relacionada à planificação motora das palavras e responsável pela codificação. Essas duas áreas estão interconectadas pelo fascículo arqueado, feixe de fibras que transmite a informação da área de Wernicke para a de Broca. (MENDONÇA, 2010).

Quando há uma alteração nas áreas cerebrais responsáveis pela linguagem, após seu desenvolvimento, ocorre um distúrbio adquirido de linguagem, como Alzheimer, demências e as afasias. (ORTIZ, 2010).

Compreende-se por afasia a perda da linguagem já adquirida pelo indivíduo, acometido por lesão no sistema nervoso central em zonas responsáveis pela linguagem (PANHOCA; GONÇALVES, 2009). A partir da perda observam-se diferentes manifestações clínicas as quais indicam o tipo de afasia, sendo as mais comuns: Broca, Wernicke, Condução e Global, que geralmente ocorrem por lesão focal ou difusa advindas de um Traumatismo Cranioencefálico (TCE) ou Acidente Vascular Cerebral (AVC). De acordo com as manifestações clínicas, região encefálica afetada ou déficit em compreensão ou expressão, as afasias possuem manifestações distintas, dentre elas encontram-se as alterações no processamento prosódico. (HUANG, 2015).

A prosódia é exercida como papel fundamental na comunicação, linguagem e fala, pois, sua função é importante para a interpretação e a compreensão da fala. De acordo com Barbosa e Madureira (2015), cabe à prosódia a coordenação dos gestos articulatórios ao longo do enunciado e, por isso, a prosódia molda a enunciação. Segundo os autores, esta imprime “o que se fala” e um “modo de falar”, que pode ser dirigido intencionalmente ou não ao ouvinte.

O estudo da prosódia pode ser dividido em estudos de produção e de percepção. No que diz respeito ao modo de produção da prosódia, parâmetros como o fonético-acústicos são tradicionalmente estudados pela duração, variação da

frequência e variação da intensidade (LOPES; LIMA, 2014). Nesses aspectos, o afásico terá dificuldade em planejamento motor por conta da sua lesão cerebral, a qual acarretará oscilações do modo da fala em sua prosódia.

A avaliação da qualidade da prosódia em pacientes afásicos visa encontrar as alterações específicas na prosódia para o avanço dos métodos terapêuticos. Dessa forma, evidencia-se a importância desse estudo para responder ao problema de pesquisa: de que modo as alterações na qualidade da prosódia impactam na comunicação do afásico?

## Metodologia

O estudo correspondeu ao tipo qualitativo e observacional, para registro, análise e interpretação do desempenho prosódico de pacientes afásicos da clínica escola de Fonoaudiologia da Universidade da Amazônia.

A pesquisa realizou-se na clínica escola de Fonoaudiologia da Universidade da Amazônia na cidade de Belém do Pará, nos consultórios de fonoterapia da referida clínica. A coleta ocorreu no mês de setembro de 2019, por meio da aplicação do protocolo de prosódia, em uma sala contendo mesa, cadeiras, com adequada iluminação e ar condicionado. A coleta deu-se em horários agendados previamente com os participantes da pesquisa e de acordo com a disponibilidade dos mesmos e de seus responsáveis.

Fizeram parte da pesquisa 8 sujeitos com diagnóstico fonoaudiológico de afasia adquirida, inscritos no programa de intervenção fonoaudiológica da clínica-escola, de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão:

- a) Possuir o diagnóstico fonoaudiológico de Afasia, sem distinção da tipologia;
- b) Utilizar a oralização como recurso de comunicação verbal e apresentar boa compreensão;
- c) Sem histórico/queixas de deficiência auditiva.

Aqueles que não se enquadraram nos critérios de inclusão definidos, não participaram da pesquisa. Os participantes selecionados concordaram em participar dos procedimentos do protocolo de avaliação da

prosódia, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para análise qualitativa dos dados, houve a aplicação do “Protocolo de avaliação da qualidade de prosódia em afasia” elaborado pelas autoras da pesquisa a partir dos escritos de Cagliari (1992), Fracassi *et al.* (2010), Marchezan (2009) e Souza e Cardoso (2013). Visando avaliar aspectos que influem direta e indiretamente na qualidade de prosódia, que possam estar alterados na linguagem de afásicos, como aspectos fonoarticulatórios, e a prosódia em si. O protocolo foi explicado e aplicado, individualmente.

Os dados foram analisados de forma qualitativa a partir do desempenho na avaliação da prosódia, cujos resultados serão demonstrados em forma de gráficos, além da descrição por análise do conteúdo.

O possível risco para esta pesquisa seria a quebra de confidencialidade por parte dos pesquisadores e para evitar que isso ocorresse, os participantes selecionados foram identificados com algarismos numéricos, para manutenção do anonimato. Outro possível risco seria o constrangimento e a vergonha para responder à avaliação, por se tratar de atividade que envolve a comunicação oral, função deficiente em pacientes com afasia. Para que isso não ocorresse, os participantes foram orientados que as atividades eram importantes para analisar os aspectos positivos de sua comunicação e da ausência de parâmetros como “correto” e “incorreto”, como medida para minimizar o constrangimento. Os instrumentos utilizados, assim como os termos de consentimento estão guardados em local seguro pelas pesquisadoras responsáveis e, após 5 anos do término da pesquisa, serão queimados.

As atividades de avaliação não foram invasivas, uma vez que se pesquisou competências de prosódia, visando evidenciar os aspectos positivos da comunicação dos pacientes, para facilitar a fala, a articulação e a fluência. O resultado da pesquisa pode beneficiar tanto os participantes, quanto os responsáveis e pessoas do círculo de convívio, uma vez que os resultados poderão melhorar o planejamento de métodos terapêuticos, que visem a melhora da comunicação do paciente.

## Resultados e Discussão

Neste capítulo serão apresentados os resultados das avaliações realizadas por meio do protocolo de avaliação da qualidade da prosódia em afasia, dos participantes da pesquisa. A proposta para amostragem seria a princípio de pacientes, porém compareceram apenas o máximo de 8 durante todo o período da realização da coleta de dados. Houve indivíduos que embora contactados não compareceram, resultando no número atual de amostra. Vale ressaltar que a redução do número de participantes não comprometeu a realização da pesquisa, bem como a análise dos dados.

O quadro a seguir apresenta o perfil dos participantes, os quais foram identificados pelas letras 'A', 'B', 'C', 'D', 'E', 'F', 'G' e 'H'. Desta forma a demonstração se dará de acordo com os dados fornecidos individualmente.

**Figura 1** – Perfil dos participantes

Participantes	Idade	Tipo de Afasia	Escolaridade	Sexo	Tempo de lesão(anos)	Tempo em terapia
A	58	Broca	Ens. Médio	Masc.	2 anos	6 meses
B	40	Broca	Ens. Médio	Fem.	4 anos	10meses
C	88	Broca	Ens. Fund.	Fem.	4 anos	Sem terapia
D	68	Anômica	Ens. Fund.	Masc.	2 anos	Sem terapia
E	42	Broca	Ens. Médio	Fem.	21 anos	20 anos
F	68	Broca	Ens. Médio	Masc.	1.6 anos	5 meses
G	63	Broca	Ens. Fund.	Masc.	1 ano	5 meses
H	63	Broca	Ens. Fund.	Masc.	Não sabe	Sem terapia

Os 8 participantes da pesquisa contiveram idades entre 40 e 88 anos, predominantemente de sexo masculino. Entre os tipos de afasia, 7 possuíam diagnóstico de afasia de Broca, e apenas 1 com afasia anômica. Entre as escolaridades, 4 indivíduos frequentaram o ensino fundamental, e 4 o ensino médio.

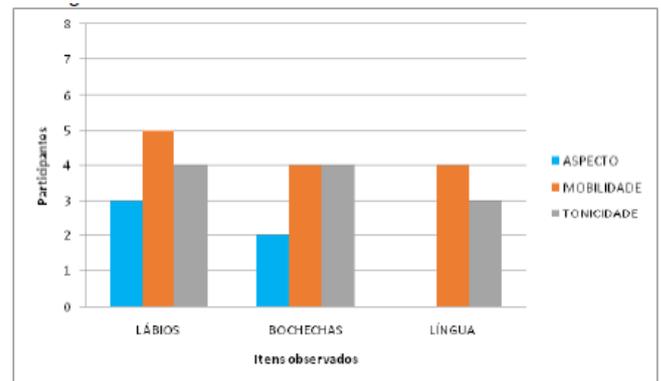
De acordo com o tempo de ocorrência da última lesão em anos, variou de 1 a 21 anos, entretanto um dos indivíduos não soube informar o período. Quanto ao tempo de terapia, constaram de 5 meses até 20 anos, porém 3 deles não frequentaram nenhuma terapia fonoaudiológica.

Constatou-se entre alguns dos participantes, alterações de simetria e mobilidade de lábios, bochechas e língua como correspondentes possíveis à hemiparesia à direita, indicativo de lesão no hemisfério

cerebral esquerdo, como citado por Voos, Piemonte e Valle (2007). Tais distúrbios estruturais ainda indicam associação com “distúrbio de controle muscular do controle da fala, devido lesão no sistema nervoso” definido como disartria (FRACASSI ET AL, 2010). De acordo com os autores, o referido distúrbio pode afetar um ou diversos componentes da produção oral, como articulação e prosódia. É importante mencionar que a presença de tal comorbidade não interferiu na avaliação pretendida, assim como não esteve presente nos critérios de exclusão, sendo citada como característica observada durante a coleta para melhor análise dos resultados.

A seguir serão apresentados os resultados da avaliação, sendo demonstrados em forma de gráficos. Os itens referentes aos órgãos fonoarticulatórios serão apresentados primeiramente para posteriormente relacioná-los à prosódia.

**Gráfico 1** – Resultado referente às alterações em aspecto, mobilidade e tonicidade dos órgãos fonoarticulatórios.



Dentre as estruturas que compõem nos órgãos fonoarticulatórios, foram avaliados, os lábios, as bochechas e língua, no que diz respeito a aspecto, simetria, mobilidade e tonicidade.

Em relação a lábios, 3 indivíduos sendo 'B', 'C' e 'D' apresentaram alterações em aspecto e 5 'A', 'E', 'F', 'G' e 'H' sem alterações. Durante a análise do aspecto e simetria de lábios, buscou-se observar o posicionamento das comissuras em repouso quanto à presença de desvios; Rima oral em repouso se ocluída ou entreaberta e oclusão da rima oral com tensão do mento. Em mobilidade de lábios, 5 avaliados, dos quais, 'A', 'B', 'C', 'F' e 'G' demonstraram alterações e 3 sendo 'D', 'E' e 'H' normalidade. A respeito de tonicidade, demonstraram alterações os 4 indivíduos 'A',

'C', 'F', e 'G' e 4 tonicidade normal de lábios, sendo estes 4 'B', 'D', 'E', e 'H'.

Observou-se nos pacientes 'B' e 'C' alterações de simetria labial, como rima bucal e língua lateralizadas à direita e déficits de mobilidade em demais estruturas, com alterações correspondentes à lesão neurológica em hemisfério esquerdo, conforme supracitado, também resultando em disartria associada à afasia (FRACASSI ET AL, 2010). Além dos indivíduos 'B' e 'C', o integrante 'D' apresentou aspecto de lábios alterado.

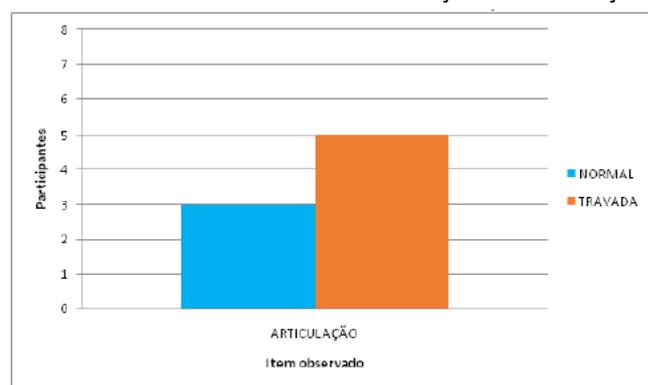
Não constou entre os participantes, aspecto de língua alterado. Quanto à avaliação desse item, atentou-se para presença de saburra; Alterações de coloração; Desvios de lateralidade e marcas de mordidas nas laterais. A respeito de mobilidade, 4 indivíduos sendo 'A', 'C', 'F' e 'G' demonstraram alterações e os demais 4 'B', 'D', 'E' e 'H' mobilidade normal de língua. Durante avaliação da tonicidade de língua, 3 avaliados apresentaram alteração, sendo 'C', 'A', e 'F' e 5 'B', 'D', 'E', 'G' e 'H' demonstraram normalidade.

Quanto a bochechas, os 2 integrantes 'C' e 'G' demonstraram alterações em aspecto e simetria e 6 'A', 'B', 'D', 'E', 'F' e 'H' normalidade. Para avaliação destes itens, verificou-se: a existência de tensão muscular em repouso e durante a abertura oral do participante e presença de marcas de mordidas ou outras lesões na mucosa jugal. Em relação à mobilidade, os 4 indivíduos 'A', 'C', 'F' e 'G' demonstraram alterações e os demais 4 'B', 'D', 'E' e 'H' normalidade. Em relação à tonicidade, 4 apresentaram alterações sendo eles, 'C', 'G', 'D' e 'F', e, portanto, 4, 'A', 'B', 'H' e 'E' estiveram sem alterações.

O indivíduo 'F' apresentou dificuldade para executar os movimentos de órgãos fonoarticulatórios para avaliação de mobilidade, solicitados pelo avaliador através de imitação, apresentando na avaliação uma desordem motora facial, porém conseguiu executar com facilidade tais movimentos durante a nomeação de vocábulos, na seção de avaliação da prosódia, inclusive com emissão de estereotípias automáticas, sendo utilizados assobios como associação. Tal dificuldade pode ter ocorrido por conta do déficit em planejamento motor como consequência da afasia, porém esta competência motora apresentou-se com eficiência enquanto manifestação, também em consequência da lesão.

Há recorrência dos participantes 'A', 'C', 'G' e 'F' com alterações na maioria dos itens da sessão de órgãos fonoarticulatórios, sendo possível perceber que tais indivíduos possuem distúrbios na comunicação expressiva oriundos não somente da afasia, mas também como consequência de disartria (FRACASSI ET AL, 2010).

**Gráfico 2** – Resultado referente à alteração em articulação.

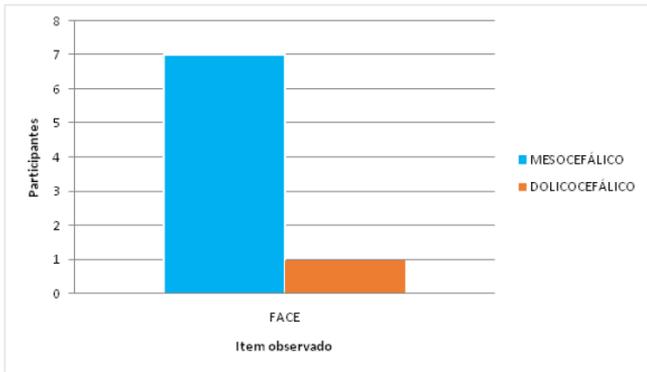


Constatou-se que dos 8 participantes, 5 apresentaram articulação travada, sendo esses 'A', 'B', 'F', 'G' e 'H', enquanto 3 'C', 'D' e 'E' obtiveram resultados de normalidade. Não houve amostra com articulação do tipo exagerada.

As alterações em articulação foram observadas em tarefas de nomeação e conversa espontânea, em relação à amplitude da rima oral na realização dos movimentos para a enunciação, e se esta amplitude incorreu em prejuízo ou não a compreensão do avaliador. Os participantes com alterações foram 'A', 'B', 'F', 'G' e 'H', mostrando normalidade, portanto 'C', 'D' e 'E', evidenciando a influência do quadro disártrico do indivíduo 'B'.

Conforme Taucci e Bianchini (2007), os movimentos realizados durante a fala dependem diretamente de um preciso controle neural, associado a integridade das estruturas do sistema estomatognático. Em todos os avaliados, há presença de lesão neural e/ou perturbações estruturais, ainda assim nem todos apresentaram desvios articulares, avaliada como, amplitude da rima oral deficitária, ocasionando em emissões ininteligíveis, ou pouco compreensíveis. Os autores também mencionam que a redução na amplitude desses movimentos pode ser sintoma de um Distúrbio Têmporo mandibular (DTM).

**Gráfico 3** – Resultado referente ao tipo de face.

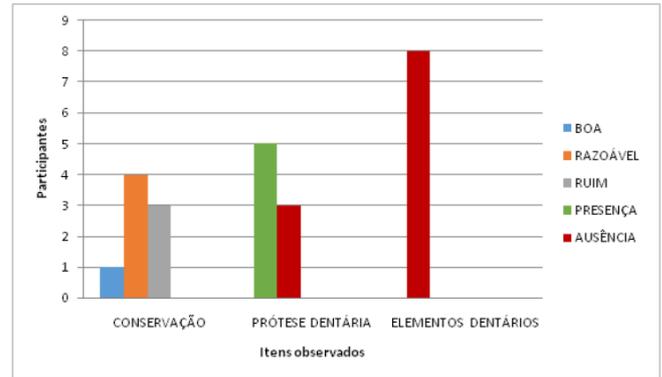


Dentre os 8 participantes, 7, sendo eles, 'A', 'B', 'C', 'D', 'E', 'F' e 'G' demonstraram tipo de face mesocefálico e 1 'H', tipo dolicocefálico. Não constou nenhuma amostra do tipo braquicefálico.

O tipo de face foi avaliado por meio de observação clínica, para a determinação do tipo de face, observou-se se o rosto era mais longo em relação a sua largura, e vice-versa, ou se havia uma harmonia entre esses aspectos, sem predomínio de um em relação ao outro. As faces mais longas foram definidas durante a avaliação como dolicocefálicas, as mais largas como braquicefálicas e as ditas harmônicas, como mesocefálicas, com base nos escritos de Marchezan *et al.* (2009). Houve predomínio do tipo de face mesocefálico, sendo apresentado o tipo dolicocefálico apenas pelo indivíduo 'H'. Não foram observadas demais alterações estruturais no paciente 'H' que poderiam ser justificadas pelo tipo de face, embora como descrito por Marchezan (1997) a musculatura facial em faces mais longas tende a perda de tônus.

Segundo um estudo de Marchesan *et al.* (2009), o qual relacionou os achados cefalométricos, com a análise facial realizada por meio de fotografias, para classificar o tipo facial, de acordo com o sexo. O resultado apresentou que o tipo facial de modo geral com maior frequência nos achados foi o mesofacial (mesocefálico), o mesmo encontrado em predomínio nesta pesquisa. Em segundo braquifacial e por fim dolicocefálico. Evidenciou-se que o tipo dolicocefálico é comumente encontrado no sexo feminino, com população mínima entre o sexo masculino, colocando o indivíduo 'H' como amostra desta rara população. Ressaltou-se também neste estudo, que se encontrava inexistente na literatura, uma causa que relacione tipologia facial e sua incidência, pois os testes utilizados demonstram grandes variações.

**Gráfico 4** – Resultado referente aos aspectos dentários.



Os aspectos dentários foram avaliados por meio de observação clínica. Quanto à conservação, constatou-se que apenas o indivíduo 'B' apresentou uma boa higiene oral, com estados adequados de dentição contendo neles, preservação da dentição permanente e oclusão normal. Em estado razoável, 4 participantes, sendo eles, 'D', 'E', 'G' e 'H' foram observados com higiene oral ineficiente, e existência de possíveis alterações de dentição por higienização.

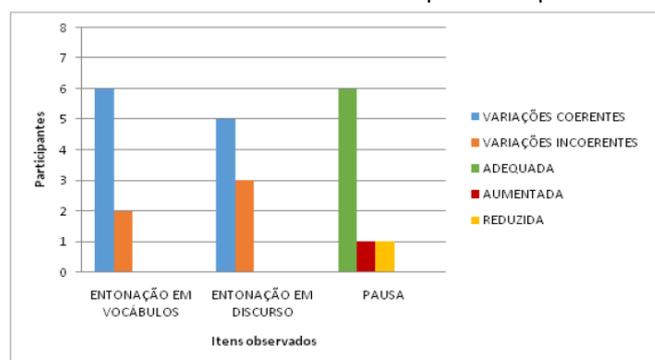
Todos os participantes apresentaram ausência de ao menos um elemento dentário. Apesar da ausência de elementos, alguns dos avaliados não faziam uso de prótese, sendo eles 'B', 'E' e 'H'. Os indivíduos 'A', 'C', 'D', 'F' e 'G' faziam o uso de prótese, porém foi notado pelas avaliadoras e relatado por alguns, a presença de irregularidades, tais como presença parcial de prótese, prótese folgada ou má manutenção da prótese, que podem ter influenciado no desempenho da avaliação.

De acordo com Martinelli (2011), para uma adequada produção da fala, é necessário que os aspectos do desenvolvimento ósseo, modo de oclusão e dentição estejam anatômica e funcionalmente equilibrados.

Durante toda a análise da seção de motricidade orofacial presente no protocolo, todos os indivíduos avaliados apresentaram ao menos uma alteração em algum dos itens. Os participantes 'C', e 'F' demonstraram mais itens alterados na seção, possuindo ambos 11 itens com irregularidades, do total de 14. O avaliado 'E' possui menos itens alterados nesta seção, totalizando 2, também houveram quadros disártricos e possíveis de distúrbio temporomandibular que podem ter contribuído para o número de itens com irregularidades.

Para a análise dos aspectos da prosódia, foram avaliados 6 itens por meio de tarefas de nomeação incluindo palavras proparoxítonas, paroxítonas e oxítonas. As palavras foram demonstradas por meio de imagens, divididas em nomeação de vocábulos e descrição de frases com complemento da análise durante o discurso espontâneo.

**Gráfico 5** – Resultado referente aos aspectos de prosódia.

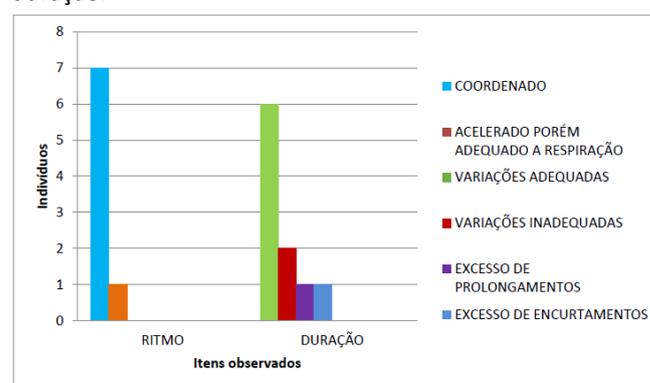


Constatou-se que dos 8 participantes, 6 apresentaram entonação em vocábulos com variações coerentes, sendo eles, 'A', 'C', 'D', 'F', 'G' e 'H' e 2, indivíduos 'B' e 'E' com variações incoerentes. Durante a avaliação de entonação em vocábulos, observou-se o quão o avaliado era capaz de expressar as variações melódicas provenientes da acentuação das palavras. Os indivíduos 'B' e 'E' apresentaram irregularidades neste item, sendo notadas pela acentuação irregular dos vocábulos ou ausência de acentuação, podendo tais irregularidades modificar o sentido do enunciado como descrito por Cagliari (2012).

Entonação em discurso, trata-se das variações melódicas presentes em conjuntos de palavras, ou seja, modificações de acentuação nas palavras do enunciado, assim como no enunciado em geral, comprometendo a troca de turno ou modificando o sentido de sua mensagem emitida. A análise deu-se por meio da descrição de frases de acordo com as imagens fornecidas e durante a conversa espontânea. Neste item, 5 apresentaram variações coerentes, sendo eles 'A', 'C', 'D', 'G' e 'H' enquanto 3, os avaliados 'B', 'E' e 'F' apresentaram variações incoerentes. Foi possível constatar a recorrência do mesmo tipo de alteração, ou seja, irregularidades de entonação também em vocábulos entre os avaliados 'B' e 'E' conforme citado acima.

Com relação à pausa, 6 demonstraram pausa adequada, 1 aumentada e 1 com pausa reduzida, sendo os indivíduos 'E' e 'G' respectivamente. A pausa pode ser observada quanto ao tempo em que o indivíduo termina a emissão de um vocábulo para dar início a outro e se este tempo é adequado para manter a inteligibilidade do enunciado. Constatou-se maior prejuízo de compreensão na emissão do indivíduo 'G', uma vez que a pausa dos enunciados era reduzida de tal forma, que não foi possível notar separação entre as palavras ditas no discurso.

**Gráfico 6** – Resultado referente à alteração em ritmo e duração.



Para avaliação do ritmo, durante tarefas de nomeação e conversa espontânea foi observado se no decorrer da mensagem oral o indivíduo era capaz de adequar sua capacidade respiratória ao discurso, permitindo que o ritmo de fala ainda que emitido mais acelerado ou lentificado, seja mantido sem a necessidade de inspirações que interrompam o enunciado. Os avaliados 'A', 'B', 'C', 'D', 'E', 'F' e 'H' demonstraram ritmo coordenado.

Também durante a análise deste item, o indivíduo 'G' apresentou 'Ritmo acelerado, porém adequado a respiração', ou seja, embora sua enunciação soasse acelerada, o participante era capaz de manter sua capacidade pulmonar adequadamente. É possível constatar a correlação com a pausa reduzida apresentada anteriormente pelo mesmo participante, pois, uma vez que as pausas são reduzidas, o ritmo torna-se mais acelerado, com maior fluxo de vocábulos por inspiração.

Também durante a análise deste item, o indivíduo 'G' apresentou 'Ritmo acelerado, porém adequado a respiração', ou seja, embora sua enunciação soasse acelerada, o participante era capaz de manter

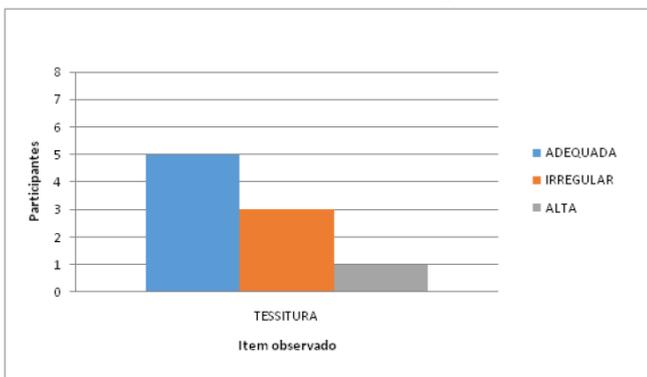
sua capacidade pulmonar adequadamente. É possível constatar a correlação com a pausa reduzida apresentada anteriormente pelo mesmo participante, pois, uma vez que as pausas são reduzidas, o ritmo torna-se mais acelerado, com maior fluxo de vocábulos por inspiração.

Em duração, avalia-se o tempo de enunciação de cada sílaba emitida auditivamente, observando a manutenção do sentido. Analisa-se também quanto ao encurtamento ou prolongamento recorrentes de sílabas, similares aos que ocorrem em disfluências gagas descritas por Spinelli (1983), realizadas de modo que prejudiquem a inteligibilidade. Ao total do enunciado oral, observa-se se este foi realizado de maneira lentificada ou acelerada de maneira geral.

Para a análise das sílabas é observada a presença de ‘excesso de prolongamentos’ e ‘excesso de encurtamentos’ emitidos em sílabas ou palavras, prejudicando a inteligibilidade nestes segmentos. Os avaliados ‘E’ e ‘G’ apresentaram excessivos prolongamentos e encurtamentos respectivamente.

Observa-se uma correlação com a pausa aumentada demonstrada pelo participante ‘E’ e a pausa reduzida pelo indivíduo ‘G’ nos itens descritos anteriormente.

**Gráfico 7** – Resultado referente às alterações em tessitura.



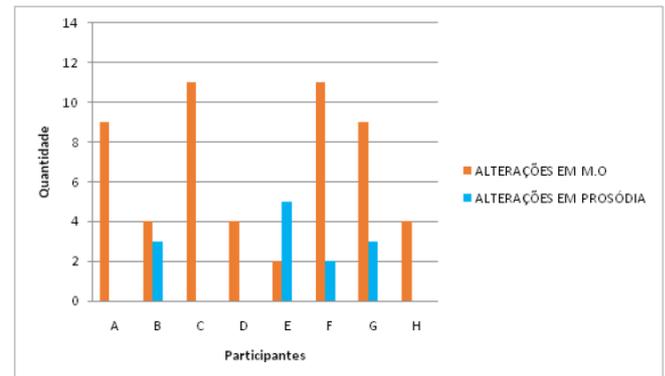
Entre os 8 participantes, foi possível observar que 5, dos quais, ‘A’, ‘C’, ‘D’, ‘G’ e ‘H’ apresentaram tessitura adequada, 3 ‘E’, ‘F’ e ‘B’ tessitura irregular e 1, sendo o indivíduo ‘B’ como irregular alta. Durante a avaliação da tessitura foi observada a modificação de intensidade quanto ao enunciado inteiro, se indica troca de turno ou não ou ainda se há modificação do sentido da mensagem de forma evidenciar as intenções do locutor. Também foi analisado se o locutor mantinha uma alta ou baixa intensidade de enuncia-

ção durante todo o discurso, ou era capaz de variar de acordo com o contexto.

Constataram-se irregularidades nos indivíduos ‘B’, ‘E’ e ‘F’, tais como: intensidade inadequada ao contexto, modificação de intensidade somente para troca de turno ou ausência de variação de intensidade sendo ela baixa ou alta. Notou-se que o paciente ‘B’ demonstrou uma tessitura alta em todo o discurso, ou seja, manutenção de uma alta intensidade independente do contexto. Isto pode ser resultado característico do comportamento afetado pela lesão, resultando em reação catastrófica. Segundo Adler (2011), a reação catastrófica ocorre quando o organismo não consegue manter um comportamento estável e ordenado dadas as mudanças nele próprio, como em casos de lesões cerebrais, acarretando mudanças em sua relação com o meio.

A seguir será apresentado o total de alterações em cada seção do protocolo, divididos em 14 itens de motricidade orofacial e 8 de prosódia.

**Gráfico 8** – Total de alterações por indivíduos.



Constata-se que, embora alguns participantes como os indicados pelas letras ‘A’, ‘C’, ‘D’ e ‘H’ mesmo possuindo alterações em motricidade orofacial, não apresentaram alterações em prosódia, mesmo que as alterações musculoesqueléticas fossem significativas. Nota-se, por exemplo, nos indivíduos ‘C’ e ‘F’ o maior número de alterações em motricidade orofacial, e apresentação mínima de irregularidades em prosódia. Apenas no avaliado ‘E’ as manifestações em prosódia foram mais significativas do que as de motricidade, evidenciando o inverso e reforçando os resultados. As alterações somente se comparam no indivíduo ‘B’ no qual notou-se aproximação do número de alterações em ambas partes.

Lopes e Lima (2014) mencionam a dificuldade oriunda do planejamento motor prejudicado dos afásicos, como podemos observar no indivíduo 'G', sua duração com excesso de encurtamentos, pausa reduzida e ritmo acelerado podem ser consequências destas alterações na linguagem. Assim, como as alterações de simetria notadas nos avaliados 'B' e 'C', podem ser indícios da presença de disartria ligada à hemiparesia, assim como a articulação travada do indivíduo 'B' possível sintoma de Distúrbio temporomandibular. Foram observados mais itens alterados na sessão de motricidade que na sessão de prosódia.

### Conclusão

Percebeu-se durante as avaliações, a necessidade de realizar alterações no protocolo utilizado a fim de adequá-lo melhor às demandas apresentadas pelos indivíduos afásicos, tais alterações são: esclarecer que os itens 'excesso de prolongamentos' e 'excesso de encurtamentos' fazem parte de irregularidades na duração, assim como 'alta em todo o discurso' e 'baixa em todo o discurso' compreendem irregularidades na tessitura, pois não está explícito no protocolo tais divisões; A necessidade de utilização de cronometragem para avaliação da duração, pois com avaliação realizada apenas auditivamente, a análise pode tornar-se imprecisa ou demasiado subjetiva.

Houve também questões observadas pelas pesquisadoras que não constavam como itens no protocolo, os quais podem ser adicionados posteriormente, tais como: tópicos com as manifestações afásicas observadas durante a avaliação; Itens para a descrição de facilidades utilizadas durante a avaliação, para esclarecer quando utilizadas e de quais modos; Na seção de motricidade acrescentar avaliação de frênu-los labiais e lingual; Acréscimo de itens para no caso de alterações de tonicidade, mobilidade e aspecto, demonstrar quais alterações foram estas, para melhor direcionamento terapêutico bem como resultados mais conclusivos.

### Referências

ADLER, I. B. Do cérebro à palavra: aspectos subjetivos do adoecimento neurológico. Pontifícia Universidade do Rio de Janeiro. 2011.

BARBOSA, P. A. Conhecendo melhor a prosódia: aspectos teóricos e metodológicos daquilo que molda nossa enunciação. **REVISTA DE ESTUDOS DA LINGUAGEM**, [S.], v. 20, n. 1, p. 11-27, junho. 2012. ISSN 2237-2083.

BARBOSA, P. MADUREIRA, S. **Manual de Fonética Acústica Experimental**. Aplicações a Dados do Português. São Paulo SP: Cortez Editora. 2015.

BOLLELA, M. F. De F. P. A prosódia como instrumento de persuasão. **Coleção mestrado em linguística**, [S.I.]. 2019.

BORGES, L. C. SALOMÃO, N. M. R. **Aquisição da Linguagem: Considerações da Perspectiva da Interação Social**. Psicologia: Reflexão e Crítica. Paraíba, 2003, p.327.

CAGLIARI, L. C. Prosódia: Algumas funções dos supra segmentos. **Cadernos de Estudos Linguísticos**, Campinas, São Paulo, v. 23, p. 137-151, out. 1992.

CASTAÑO, J. Bases Neurobiológicas del Lenguaje y Sus Alteraciones. **Rev. Neurol.** 2003; 36(8):781-5.

CECATTO, R. JUCÁ, S. NACARATO, M. MAEDA, F. PRIETO, F. Alterações de comunicação e linguagem de pacientes portadores de lesão encefálica adquirida. Estudo descritivo retrospectivo. **ACTA FISIATR.** São Paulo, 2006, p. 137.

CIENCIA E COGNIÇÃO NEUROLOGIA EM DEBATE. **Neurobiologia da linguagem e afasias por Elimar Mayara de Almeida Menegotto**.

COUTO, E. D. A. B. **prosódia e a função comunicativa nas estereotipias da fala de indivíduos afásicos**: Programa de Pós-Graduação em Estudos Linguísticos da Faculdade de Letras da Universidade Federal de Minas. Manuscrito, MG, 2011.

DORA, C. **Arquivo de fisioterapia**: Afasia: Um Problema de Comunicação. Volume, nº 4 ed. Tormar- Portugal: Revista portuguesa de fisioterapia, 2008.

FRACASSI, A. GATTO, A. WEBER, S. SPADOTTO, A. RIBEIRO, P. SCHELP, A. Adaptação para a língua portuguesa e aplicação de protocolo de avaliação das disartrias de origem central em pacientes com doença de Parkinson. **CEFAC**. São Paulo. 2010.

FRANÇA, M. P. WOLFF, C. L. MOOJEN, S. ROTTA, N. **Aquisição da Linguagem Oral: Relação e Risco para a Linguagem Escrita**. Rio Grande do Sul. Arqneuropsiquiatr, p. 469-472, jun. 2004.

GANDOLFO, M. C. **A classificação das afasias em questão: lugares de institucionalização e de questionamento** [Tese de Doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Estudos da Linguagem; 2006.

GENARO, K. BERRETIN-FELIX, REHDER, M. MARCHEZAN, I. Avaliação miofuncional orofacial – protocolo MGBR. **CEFAC**. São Paulo. 2008.

LOPES, L. LIMA, I. Prosódia e transtornos da linguagem: levantamento das publicações em periódicos indexados entre 1979 e 2009. **Rev.CEFAC.**, Paraíba, mar./abr. 2014.

MANUAL MSD VERSÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE. **Afasia por Huang.**

MARCHEZAN, I. Q. **Avaliando e tratando o sistema estomagnático.** In: CAMPIOTTO, A. R. LEVY, C. HOLZHEIN, D. RABINOVICH, K. VICENTE, L. C. C. CASTIGLIONI, M. REDONDO, M. C. ANELLI, W. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo. Ed. Roca, Cap. 33, p.763-80, 1997.

MARTINELLI, R. L. D. C. **CORRELAÇÕES ENTRE ALTERAÇÕES DE FALA, RESPIRAÇÃO ORAL, DENTIÇÃO E OCLUSÃO:** Rev. CEFAC, SP, jan./2011.

MENDONÇA, L. I. Z. Contribuições da Neurologia no Estudo da Linguagem. In: Ortiz. Z. **Distúrbios Neurológicos Adquiridos: Linguagem e Cognição**, 2ª ed, Baurueri, SP: Manole, 2010, p. 01.

MIRANDA, J. B. SENRA, L. X. **Aquisição e Desenvolvimento da Linguagem: contribuições de Piaget, Vygotsky e Maturana.** Psicologia.pt. Juiz de Fora, 2012, p. 02.

MIRA, C. **Conversação nas afasias: uma análise do tópico discursivo e do turno conversacional sob a perspectiva textual-interativa.** Linguagem em (Dis)curso – LemD, Tubarão, SC, v. 16, n. 1, p. 133-152, jan./abr. 2016.

MOUSINHO, R. SCHMID, E. PEREIRA, J. LYRA, L. MENDES, L. NÓBREGA, V. Aquisição e desenvolvimento da linguagem: dificuldades que podem surgir nesse percurso. **Rev. psicopedagogia**, Rio de Janeiro, p. 298-299. 2008.

ORTIZ, K. Z. **Distúrbios Neurológicos Adquiridos: Linguagem e Cognição**, 2ªed, Baurueri, SP: Manole, 2010.

PANHOCA, I. GONÇALVES, C. A. B. **Afasia e qualidade de vida – consequências de um acidente vascular cerebral na perspectiva da fonoaudiologia.** Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v. 13, n. 2, p. 147-153, maio/ago. 2009.

PERLES, J. **Comunicação: conceitos, fundamentos e história.** Biblioteca. Online de Ciências da Comunicação, 2007.

PERUZZOLO, A. C. **Elementos de semiótica da comunicação.** 3ª Edição. São Paulo. Paco Editorial, 2015.

PINHEIRO, D. **O papel do plano de comunicação preventivo em momento de crise na organização.** Monografia apresentada como requisito parcial para a graduação no curso de Comunicação Social, habilitação em Jornalismo. Goiânia, p. 2005.

PINTO, A. R. GASTÃO, A. P. F. FERREIRA, M. S. SAKAMOTO, M. F. R. O.; SANTANA, A. S. K. Processos comunicativos dos indivíduos com lesão do hemisfério direito. **Acta Fisiátr.** 2013; 20(1):8-13.

RAMIRES, R. R. FERREIRA, P. L. MARCHESAN, I. Q. CATTONI, D. M. ASSUMPÇÃO de ANDRADA, M. S. Relação entre cefalometria e análise facial na determinação do tipo de face. **Revista CEFAC.** São Paulo, vol. 11, núm. 3. 2009, pp. 349-354.

SANDRI, M. A. MENEGHETTI, S. L. GOMES, E. Perfil comunicativo de crianças entre 1 e 3 anos com desenvolvimento normal de linguagem. **CEFAC.** Rio Grande do Sul, jan./Mar. 2009, p. 34.

SCARPA, E. M. Aquisição, afasia e a hierarquia prosódica. **Cad Est Ling;**( 40):61-76. 2001.

SILVA, L. M. G. da. BRASIL, V.V. GUIMARÃES, H.C.Q.C.P. SAVONITTI, B.H.R.A. SILVA, M.J.P. da. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 52- 58, agosto 2000.

SILVA, M. A importância da prosódia na análise da interação. In: Simpósio Interação e construção do conhecimento. **Intercâmbio**, vol. VIII, p. 249-258. 1999.

SOUZA, R. L. De; CARDOSO, M. C. De A. F. Fluência e prosódia: aspectos diferenciais frente aos distúrbios. **Revista neurociências**, Porto Alegre, v.21(3):468-473, 2013.

SPINELLI, M. **Foniatría.** São Paulo. Moraes, 1983.

VERY WELL MIND. **Wernicke's area location and function by kendra cherry.**

VOOS, M. PIEMONTE, M. VALLE, L. Assimetrias funcionais em pacientes com hemiparesia: uma revisão da literatura. **Fisioterapia e pesquisa**, São Paulo, v. 14(1): 79-87, 2007.

YVYGOTSKY, L. **Pensamento e Linguagem.** Rio de Janeiro. Zahar Editores, 1976.

WERNICKE, C. (1874) The symptom complex of aphasia. **A psychological study on an anatomical basis.**Vol. 4. In: Cohen,R. e col. (eds.) (1969) –Studies in the Philosophy of Science. Boston.

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E ORTOTANÁSIA - QUANDO A CURA NÃO É MAIS POSSÍVEL

MARCELO FLÁVIO BATISTA DA SILVA<sup>1</sup>; CAIO CLAYDERMAN FERREIRA DE LIMA E SILVA<sup>1</sup>; DAVI RONI DA SILVA<sup>1</sup>; GABRIEL EVÉLIN ANJOS ALVES<sup>1</sup>; JENNYFER ANDREYSE DE SOUZA ARAÚJO<sup>1</sup>; MARIA BIANCA LEITE<sup>1</sup>; VALDIRENE PEREIRA DA SILVA CARVALHO<sup>2</sup>.

1- Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem da AESA/ESSA – Arcoverde/PE.

2 - Doutoranda em Ciências da Saúde pelo Instituto Universitário Italiano de Rosário (IUNIR), Argentina. ). É professora do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE).

Artigo submetido em: 29/11/2020.

Artigo aceito em: 09/02/2020.

Conflitos de interesse: não há.

E-mail para contato: marcelloflavio@yahoo.com.br

### Resumo

O paciente terminal é o doente crônico em situação grave e irreversível, em que se prevê a morte como próxima e a medicina não oferece nenhuma chance de cura, sendo alvo constante de discussões bioéticas. Diante disto, há a ortotanásia, conduta que levanta as mais diversas discussões no seu entorno. Identificar o conhecimento produzido sobre a assistência de enfermagem e a ortotanásia com pacientes terminais. É revisão integrativa, que permite examinar estudos científicos de forma sistemática e abrangente. Foram realizadas buscas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library on line). Utilizaram-se artigos que abordassem a temática, publicados nos últimos 5 anos, de produção nacional, em língua portuguesa, completos, disponíveis de forma *on-line* e gratuitos. A pesquisa se deu entre Dezembro de 2018 e Janeiro de 2019. A postura dos profissionais da saúde deve ser a do cuidado. Eles têm o dever ético de amparar o paciente. No entanto, o cuidar pressupõe aceitar a morte como um processo natural e inevitável, não obstante o sofrimento presente. Quando a morte é compreendida como um processo natural e final da vida, a ortotanásia representa o respeito à morte digna, o que possibilita a humanização do processo de morte. É preponderante a especialização dos enfermeiros em cuidados paliativos e o amparo legal através de Leis que resguardem as instituições e os profissionais, compreendendo e valorizando as práticas de ortotanásia, assim como, o papel da enfermagem num cuidado onde o respeito à dignidade do ser humano e a qualidade de vida sejam centrais, assistindo o outro de maneira holística e possibilitando a compreensão da morte como parte integrante de um ciclo.

**Palavras-chave:** Assistência de Enfermagem; Bioética; Cuidado Paliativo; Doente Terminal.

### Abstract

The terminal patient is the chronic patient in a serious and irreversible situation, where death is predicted to be next and the medicine offers no chance of cure, being a constant target of bioethical discussions. Faced with this, there is the orthotanasia, conduct that raises the most diverse discussions in its surroundings. To identify the knowledge produced about nursing care and orthotanasia with terminal patients. It is an integrative review that allows to examine scientific studies in a systematic and comprehensive way. We searched the Virtual Health Library (VHL), LILACS (Latin American Literature in Health Sciences) and SCIELO (Scientific Electronic Library on line). The articles were published in the last 5 years, of national production, in Portuguese, complete, available online and free of charge. The research was conducted between December 2018 and January 2019. The posture of health professionals should be that of care. They have an ethical duty to support the patient. However, caring presupposes accepting death as a natural and inevitable process, notwithstanding the present suffering. When death is understood as a natural and final process of life, orthotanasia represents respect for a

dignified death, which makes it possible to humanize the death process. The specialization of nurses in palliative care and legal support through laws that protect institutions and professionals, understanding and valuing orthostatic practices, as well as the role of nursing in a care where respect for dignity of the human being and the quality of life are central, watching the other in a holistic way and enabling the understanding of death as an integral part of a cycle.

**Keywords:** Nursing Assistance; Bioethics; Palliative Care; Terminal Patient.

## Introdução

A capacidade de curar as mais diversas enfermidades elevou a expectativa de vida da população, em virtude da disponibilidade de recursos que permitem a reversibilidade de doenças antes consideradas incuráveis, como o câncer, resultando no prolongamento do tempo de vida. Entretanto, aumentou a busca pelos serviços de saúde a fim de obter a cura, mesmo quando os recursos disponíveis são ineficazes e as possibilidades curativas já não são mais possíveis, repercutindo no prolongamento do sofrimento humano, no desrespeito à dignidade humana e à autonomia do paciente em relação à tomada de decisões sobre a vida, especialmente na fase terminal<sup>1</sup>.

Estima-se que a cada ano, quarenta milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos sendo que 78% delas vivem em países de baixa e média renda e destas, apenas 14% são beneficiadas. Esta necessidade global continuará a crescer como resultado da progressão das doenças e do envelhecimento populacional<sup>2</sup>.

O Cuidado Paliativo se confunde historicamente com o termo *hospice*, nome dado a abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes<sup>3</sup>. Os Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais<sup>4</sup>.

Esses cuidados são uma alternativa à vida a qualquer preço, tendo em vista que o preço de uma vida a qualquer custo pode acarretar sofrimentos intensos. O indivíduo que morre habita um corpo passível de fragilidades, porém, dotado de sentimentos e desejos que devem ser considerados no leito de morte, visando distanciar-se da desqualificação de sua existência, possibilitando um espaço onde possa imperar a manifestação de sua autonomia<sup>5</sup>.

O paciente terminal, que é o doente crônico em situação grave e irreversível, em que se prevê a morte como próxima e para quem a medicina não oferece nenhuma chance de cura, é alvo constante de discussões bioéticas. Na terminalidade deve ser valorizada a qualidade da vida, e também a condição da morte, oferecendo dignidade ao indivíduo. Como base desta discussão há a ortotanásia, conduta já aceita pela justiça e pela comunidade médica, e que levanta as mais diversas discussões no seu entorno<sup>6</sup>.

eticamente e legalmente a ortotanásia é admitida como conduta a ser adotada diante de pessoas em processo de morte, quando todas as possibilidades terapêuticas foram esgotadas, não havendo, assim, possibilidade de reversão da condição clínica fatal. O alívio do sofrimento através de cuidados paliativos não deve ser entendido como desrespeito à religiosidade ou à condição humana, mas uma forma de abrandar a transição entre a vida material e a morte<sup>6</sup>.

Essa abordagem de cuidado vem ganhando cada vez mais espaço nas comunidades, embora, ainda há uma carência de locais e de profissionais preparados para essa demanda, talvez por questões culturais de desconhecimento e de preconceitos.

Diante dessa argumentação e baseado no pressuposto de que este estudo é de fundamental importância, uma vez que a demanda por assistência de enfermagem a pacientes terminais cresce em todo o mundo, resolveu-se, então, como objetivo desta pesquisa, identificar o conhecimento produzido a respeito da temática, através de artigos científicos disponíveis em base de dados e material impresso (livros).

A relevância deste estudo pretende contribuir significativamente em pesquisas da área da saúde, pois a atualidade desta temática desvela-se na crescente demanda de pessoas em cuidados paliativos, levando à reflexão dos benefícios desses cuidados associados à ortotanásia, assim como as contribuições da equipe de enfermagem no processo de finitude da vida.

## Metodologia

Tratou-se de uma revisão integrativa, que permite examinar estudos científicos de forma sistemática e abrangente<sup>7</sup>. Foram realizadas buscas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library on line).

Para as buscas de dados utilizaram-se os descritores: Assistência de Enfermagem; Bioética; Cuidado Paliativo; Doente Terminal. Como critérios de inclusão, utilizaram-se artigos que abordassem a temática, publicados nos últimos 5 anos, de produção nacional, em língua portuguesa, completos, disponíveis de forma *on-line* e gratuitos. A pesquisa se deu entre Dezembro de 2018 e Janeiro de 2019. Como critérios de exclusão: artigos não disponíveis na íntegra.

## Resultados e Discussão

Após leitura criteriosa dos resumos de 120 artigos pesquisados, foram excluídos 70 artigos por não contemplarem ou contemplarem somente parte da temática em estudo, ou, ainda, estarem presentes em mais de uma base de dados, resultando em um total de 50 artigos a serem lidos na íntegra.

A análise se deu através de: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. Após leitura criteriosa e refinamento, ficaram 19 artigos e 01 livro impresso com extração de 02 capítulos que foram selecionados porque respondiam ao objetivo desta revisão. Foram observadas e respeitadas as autorias, a Lei do Direito Autoral, em todas as citações. A apresentação dos resultados foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade desta pesquisa.

### Cuidados Paliativos: Como surgiu? O que é? Quando iniciar?

O século XXI trouxe consigo o avanço tecnológico e a rapidez para resolução de inúmeros problemas, bem como para o tratamento de muitas doenças, contudo, trouxe também a volatilidade das relações, dos sentimentos e os mais diversos modos de prolongamento da vida, distanciando os indivíduos da experiência saudável e humanizada da sua relação com a finitude<sup>5</sup>.

Os hospitais estão equipados com um vasto arsenal tecnológico, que muito contribuiu para a descoberta, tratamento e cura de inúmeras patologias, embora ainda não se encontrem totalmente preparados para lidar com o homem portador dessas patologias, enquanto uma existência complexa que constrói sua história em um mundo de significados. O Cuidado Paliativo surge, então, como uma resposta aos cuidados hospitalares que não valorizam adequadamente a dimensão humana e psicológica em detrimento da valorização exacerbada da dimensão biológica<sup>5</sup>.

O modelo de cuidados paliativos chegou ao Brasil no início da década de 1980, numa fase em que os brasileiros ainda viviam dias finais de uma ditadura com um sistema de saúde que priorizava uma modalidade hospitalocêntrica essencialmente curativa. O ensino de Enfermagem e de Medicina era focado em aspectos biológicos, e os projetos eram predominantemente individuais, com mortes solitárias e desumanas<sup>8</sup>.

A fase final de vida é entendida por muitos autores como aquela em que o processo de morte se desencadeia de forma irreversível e o prognóstico de vida pode ser definido em dias e semanas. A prática dos cuidados paliativos baseia-se no controle impecável dos sintomas de natureza física, psicológica, social e espiritual. Os princípios do controle destes sintomas baseiam-se em avaliar antes de tratar, explicar as causas dos sintomas, não esperar que um doente se queixe, adotar uma estratégia terapêutica mista, monitorizar os sintomas, reavaliar regularmente as medidas terapêuticas, cuidar dos detalhes e estar disponível<sup>9</sup>.

De acordo com Academia Nacional de Cuidados Paliativos, partindo-se da definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), "Cuidado Paliativo (CP) é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação preco-

ce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”<sup>8</sup>.

O cuidado paliativo se baseia em princípios, usando uma abordagem multiprofissional, a fim de atender às necessidades do paciente e da família, incluindo o acompanhamento de luto e de melhoria na qualidade de vida, o que pode influenciar positivamente o curso da doença<sup>8</sup>.

Uma equipe de Cuidados Paliativos deve conter médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, dentistas, orientadores espirituais e psicólogos. O objetivo do trabalho multidisciplinar, focado em ações interdisciplinares, é proporcionar um tipo de cuidado mais integral possível, compreendendo o paciente em toda a sua complexidade, visando proporcionar alternativas para que o mesmo viva plenamente a própria existência diante de uma ‘sentença de morte’. Este modelo de atuação articula diferentes conhecimentos que não se excluem, mas que se interagem e se complementam em benefício do paciente e sua família<sup>5</sup>.

Os Cuidados Paliativos devem ser iniciados a partir do estabelecimento do diagnóstico incurável pela equipe interdisciplinar em saúde, observando o curso da doença, regredindo a terapêutica curativista e iniciando a terapêutica paliativista<sup>10</sup>.

As ações paliativas podem ocorrer em quatro fases: cuidado paliativo precoce, quando o paciente apresenta bom status funcional, com prognóstico estimado em meses a anos; complementar, no caso em que o paciente apresenta status funcional intermediário, com prognóstico estimado em semanas a meses; predominante, quando apresenta baixo status funcional, com características de irreversibilidade da doença de base, e prognóstico estimado em dias a algumas semanas; ou exclusivo, destinado aos pacientes com baixo status funcional e declínio rápido e

irreversível do estado geral, ou seja, cuidados de fim de vida<sup>11</sup>.

### **Cuidados Paliativos e Ortotanásia: Excelência na Assistência de Enfermagem.**

Evidenciando as suas origens históricas e os seus princípios filosóficos a enfermagem e os cuidados paliativos são tidos como parceiros naturais na prática do cuidar da pessoa que se encontra nos últimos momentos de vida, sinalizando que o conhecimento e as habilidades necessárias à área paliativista são aplicáveis a todos os profissionais de enfermagem atuantes numa equipe interdisciplinar que, com base no seu conhecimento especializado, integra uma equipe de cuidadores em busca de proporcionar à pessoa um processo de morte e morrer com dignidade e respeito<sup>12</sup>.

Segundo o *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, da Organização Mundial de Saúde, os cuidados paliativos são considerados Direitos Humanos e o acesso a eles é altamente eficaz no alívio da dor e do sofrimento de pessoas que vivem com uma doença limitante<sup>13</sup>.

Uma importante característica desses cuidados é a comunicação interpessoal que irá fortalecer um vínculo entre profissional e paciente trazendo, assim, confiança e otimismo. O paciente deve ser visto de forma holística, humanizada, priorizando a comunicação terapêutica de forma adequada, para promover o afeto, carinho e atenção de cada paciente. É importante que os profissionais de enfermagem compreendam a necessidade de dar uma maior importância ao relacionamento terapêutico no sentido mais amplo<sup>14</sup>.

A escuta qualificada é um ótimo método para aplicação do acolhimento, pois garante o acesso do paciente e seus familiares aos trabalhadores em saúde ampliando a afetividade das práticas em saúde. Dessa forma, há maior segurança acerca das prioridades partindo de uma avaliação de vulnerabilidade, risco e gravidade<sup>15</sup>.

O enfermeiro é capacitado para prestar todo o atendimento paliativo ao paciente sem possibilidades de cura, dando a ele toda a assistência e conforto possível. Porém, inevitavelmente junto à essa demanda, terá que lidar com outros fatores associados a esse tipo de situação, como por exemplo o trato com os familiares do enfermo e o direito deles, bem como do paciente, em obter informações sobre o tratamento, evolução da patologia, comunicação de más notícias, entre outros<sup>16</sup>.

Porém, não é todo o profissional de enfermagem que se sente seguro e apto para executar esse tipo de serviço. Às vezes, o contato direto com a morte e sua iminência gera uma barreira que impede a boa atuação do enfermeiro, por atitude de defesa por parte dos profissionais, impedindo-os de se relacionarem com a pessoa que está a morrer, constituindo um obstáculo ao processo de cuidar. Diante dessa situação, cabe ao profissional, mediante treinamento e acompanhamento de outros mais experientes, superar esse medo e encarar a morte como um processo natural, que demanda cuidado e dignidade<sup>16</sup>.

A equipe de enfermagem, geralmente, não é preparada para trabalhar com pacientes em cuidados paliativos, e, sim, para curar<sup>15</sup>.

A palavra ortotanásia deriva do grego (*orthos*=certo, reto, correto e *thanatos* = morte). É o não prolongamento artificial do processo de morrer, um processo de morte natural. Essa prática é considerada como boa morte ou morte desejável, não ocorrendo prolongamento da vida por meios que implicariam no aumento do sofrimento. Apresenta-se como medida para que não se viole o direito à morte e a dignidade humana, mas, valorize esses direitos, enquanto uma exigência ética e moral, para que a pessoa tenha uma morte com dignidade, valorizando e protegendo a vida humana, poupando a pessoa das dores e dos sofrimentos que normalmente precedem a morte<sup>17</sup>.

A postura dos profissionais da saúde deve ser a do cuidado. Eles têm o dever ético de amparar o paciente. No entanto “o cuidar pressupõe aceitar a morte como um processo natural e inevitável, não obstante o sofrimento presente. Quando a morte é compreendida como um processo natural e final da vida, a ortotanásia representa o respeito à morte digna, o que possibilita a humanização do processo de morte. Se todo o processo da vida deve ser pautado no respeito à dignidade da pessoa humana, não há dúvida que o processo de morte também deve ser guiado pelo seu respeito”<sup>18</sup>.

A ortotanásia vem se firmando cada vez mais como uma possibilidade ética diante do sofrimento que antecede a morte irremediável, sendo uma prática permitida em diversos países. No Brasil, implicitamente, é tutelada através de princípios jurídicos, consubstanciados em princípios éticos e morais, porém, por não ter legislação específica, causa uma insegurança jurídica e, com isso, acarreta a permanência da prática da distanásia. Esta última, por sua vez, é considerada pela Bioética como uma morte difícil, praticada com o intuito de prorrogar a vida biológica através de tratamentos intensivos, sem valorizar a qualidade de vida e a dignidade na terminalidade<sup>20</sup>.

Com tratamento ou não, os cuidados de acompanhamento no fim da vida são vitalmente indispensáveis e a enfermagem necessita reconhecer a relevância que há na sua atuação diante da ação de cuidar do outro, e aprender a valorizar essa prática<sup>10</sup>.

Os administradores em saúde precisam subsidiar recursos para que o trabalho da enfermagem seja eficaz. Os serviços com superlotações, os funcionários sobrecarregados e a falta de recursos de modo geral, torna difícil prestar a assistência que o paciente merece. A desvalorização da enfermagem com sobrecarga de trabalho, escassez de recursos materiais e humanos, acúmulo de atividades, são alguns dos empecilhos

que dificultam o processo de trabalho e, conseqüentemente, a qualidade do serviço prestado. De forma geral, entende-se essa falha por parte das autoridades políticas, principalmente nos serviços públicos; todavia, ainda há quem se preocupe em dar o seu melhor sob condições nada favoráveis<sup>15</sup>.

### Legislação, Espiritualidade e Bioética

O ser humano é marcado pela finitude, pela vulnerabilidade e pela precariedade da sua existência. A imortalidade não nos pertence. Os avanços da medicina e da tecnologia a ela aliados têm proporcionado, por um lado, a cura de inúmeras doenças, melhor qualidade como também maior quantidade de vida. Por outro lado, a medicina moderna é altamente tecnificada, e essa realidade vem gerando sua interferência excessiva e muitas vezes sem limites. Por isso, teme-se hoje o prolongamento da vida em agonia, o sofrimento que desumaniza, que adia a morte e que não respeita a dignidade humana no momento da morte<sup>18</sup>.

Atualmente, a morte é medicalizada e o processo do morrer é mais difícil: o paciente é cercado por um arsenal tecnológico que não lhe respeita a dignidade. Não são respeitados os limites de intervenções, de forma que o enfermo fica na posição de objeto e é manipulado pelos profissionais de saúde de forma puramente técnica. Porém, não são apenas os pacientes e familiares que sofrem frente à finitude da vida humana, os profissionais de saúde também passam por diversos pesares frente à assistência aos pacientes em situações de fim de vida<sup>19</sup>.

Adotar uma prática assistencial fundamentada na qualidade de vida da pessoa em sua finitude implica tentar minimizar seu sofrimento durante a doença terminal e proporcionar-lhe bem-estar biopsicossocial e espiritual<sup>11</sup>. Para respaldar a tomada de decisão de médicos sobre o abandono da terapêutica curativa em prol dos cuidados paliativos, o Conselho Federal de Medi-

cina (CFM), por meio da *Resolução CFM nº 1.805, de 28 de novembro de 2006*, conhecida como Resolução da Ortotanásia, afirma que: É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do paciente em etapa terminal de enfermidade grave e incurável. Garante-se, dessa forma, a oferta dos cuidados necessários ao alívio dos sintomas de dor e sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitando a vontade do doente ou de seu representante legal<sup>11</sup>.

Na citação acima, reconhece-se, todavia, que mesmo respaldada legalmente, essa prática não prevalece nos hospitais devido à resistência social, cultural e da formação acadêmica dos profissionais de saúde em relação a tomadas de decisão nesse sentido.

O novo Código de Ética Médica reforça o caráter antiético da distanásia, entendida como o prolongamento artificial do processo de morte, que gera sofrimento ao doente e no qual não há perspectiva nem de cura nem de melhora. Já o artigo 41 do Código de Ética Médica, ao cuidar da relação do médico com o paciente e os familiares, expõe que é vedado ao médico *“abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”*<sup>18</sup>.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução n. 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, estabelece como princípio fundamental o respeito à vida, à dignidade e aos direitos do indivíduo, incluindo a fase de morte e pós-morte, e no Art. 29 proíbe a participação em qualquer ato que antecipe a morte do paciente, permanecendo o cuidado de Enfermagem para conferir conforto, alívio da dor e dignidade ao corpo que sofre<sup>20</sup>.

A espiritualidade, como também a religião do paciente e familiares, deve ser levada em consideração, pois em momentos críticos, as pessoas tendem a buscar mais a presença de alguma força superior e aprofundam sua fé. Isso não deve ser ignorado, independente da forma que eles acha-

rem melhor para expressar tal devoção. É preciso que haja respeito nesse momento, como em qualquer outro<sup>15</sup>.

De acordo com a OMS: “a religiosidade envolve dogmas, culto e a doutrina partilhada, sendo a espiritualidade ligada a questões relacionadas com aspetos da vida humana onde intervem experiências que transcendem fenômenos sensoriais”<sup>20</sup>.

Nessa direção, além da relevância da construção de um histórico espiritual, a partir da compreensão do sentido desta dimensão do ser humano, é possível desenvolver melhores práticas de cuidado às pessoas em cuidados paliativos, em cuja condição de terminalidade os aspectos espirituais tendem a se acentuar. Ao se pensar na integralidade do ser e no cuidado espiritual na finitude da vida, é necessário considerar a pessoa que está doente, e não a doença em si, visando o bem-estar, a qualidade de vida e o conforto<sup>21</sup>.

O enfermeiro deve ter conhecimento sobre esse tema para que possa compreender que é um momento de reflexão e uma busca individual por algo sobrenatural que foge da capacidade humana de ver ou de sentir da mesma forma, sendo possível observar essa questão mais frequentemente em situações de patologias graves, como tumores malignos<sup>15</sup>.

A fé, torna-se uma fonte de apoio e enfrentamento, até mesmo diante da possibilidade de morte. A equipe de enfermagem deve visar estratégias de enfrentamento, facilitando para o paciente o convívio com a doença, orientando também para que abandonem os meios usados que têm sido ineficazes na sua terapêutica e qualidade de vida<sup>14</sup>.

A família é um núcleo essencial durante o cuidado. Nesta fase, familiares estão vulneráveis e desestabilizados tanto quanto o paciente, sendo essencial a atenção à família e aos anseios vivenciados por eles, inserindo-os no contexto do cuidar, objetivando diminuir as dificuldades e medos vivenciados em seu cotidiano<sup>14</sup>.

A família, por sua vez, procura uma relação de confiança com o profissional em busca de um cuidado efetivo ao paciente que não responde mais às expectativas terapêuticas, tentando através de uma atenção diferenciada que os cuidados paliativos proporcionem uma morte digna ao paciente terminal. Para os pacientes sob cuidados paliativos é importante o vínculo de confiança com o cuidador profissional, com o almejo de não focar somente na interação com a doença, mas como estabelecer com o paciente a comunicação, otimismo e alegria<sup>14</sup>.

Os princípios fundamentais da Bioética estão prescritos na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, adotada por aclamação em 19 de outubro de 2005, pela 33ª Sessão da Conferência Geral da Unesco. O preâmbulo da declaração estabelece que as questões éticas, suscitadas pelos rápidos avanços na ciência, e suas aplicações tecnológicas, devem ser examinadas com o devido respeito à dignidade da pessoa humana e aos Direitos Humanos<sup>12</sup>.

A promoção à saúde e a bioética unem-se pela defesa da vida e têm como objetivo comum a melhoria da qualidade de vida e o respeito à dignidade humana. O processo de morte e morrer e os alicerces de sustentação das ações profissionais estão ancoradas nos quatro princípios bioéticos do modelo principialista: a autonomia (liberdade de agir conforme suas escolhas), a justiça (virtude cardeal; instituição política; preceitua a garantia da distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios dos serviços da saúde), a beneficência (obrigação moral de agir em benefício dos outros) e a não maleficência (não se deve infligir mal ou dano), devendo ser norte para as práticas, reflexões e atitudes profissionais<sup>17</sup>.

Deve ser considerado o respeito à vida, sendo a morte considerada como um processo natural, sem se prolongar a vida ou adiar a morte e ainda proporcionado o apoio e acompanhamento para uma morte digna e serena, sem sofrimento físico, emocional e espiritual<sup>9</sup>.

## Cuidando para a Boa Morte

A finitude é complexa, muitas vezes associada ao sofrimento, porém é real e requer atenção. Logo, o cuidado de fim de vida reflete humanizar o momento, enxergar a totalidade, tornando a morte, o morrer e o luto, o mais confortável possível<sup>2</sup>.

A distanásia deve ceder lugar à ortotanásia, ou seja, não utilizar-se de procedimentos desnecessários e desumanos com o intuito de ultrapassar o processo natural, que implicariam aumento de sofrimento. Não significa negligência ou abandono do paciente, mas é um processo terapêutico pautado pela humanização, no qual os cuidados destinam-se a proporcionar qualidade de vida e de morte ao paciente. A prática da ortotanásia caracteriza a manifestação da morte boa ou desejável, no tempo certo, sem interrupção de tratamentos necessários para amenizar a dor<sup>11</sup>.

Os cuidados paliativos aumentam o valor dos cuidados de saúde<sup>20</sup>. Paliar envolve atos de humanismo, competências e habilidades relativas ao relacionamento interpessoal para que se tenham condições de compreender e ajudar a pessoa e sua família no contexto do processo de morte e morrer, proporcionando um cuidado digno nesse momento tão difícil e temido por todos – a morte<sup>17</sup>.

A terminalidade pode ser considerada talvez como a fase mais difícil para o ser humano onde, em meio a muitas tecnologias, tratamentos, tentativas, a certeza da morte se torna cada dia mais real no cotidiano destes pacientes. Mesmo na terminalidade, estes pacientes têm direitos que lhes são garantidos, como o direito à verdade, ao diálogo, à autonomia, à decisão e à terapia e benefício. Admitir que se esgotaram os recursos para o resgate de uma cura e que o paciente se encaminha para o fim da vida não significa que não há mais o que fazer<sup>22</sup>.

## Conclusão

Falar de cuidado paliativo é falar de humanização da Assistência em Enfermagem, que é dispensada aos pacientes que se encontram, talvez, na pior fase de suas existências, isto é, vivem não só com uma enfermidade em seus corpos, mas também com todos os sintomas provenientes desta enfermidade e com a certeza de que sua sentença de morte foi declarada.

Cuidar é estar ao lado de pessoas que se encontram em condições de perda da vitalidade associada ao sofrimento psicológico; sofrimento social; sofrimento espiritual, além dos sinais e sintomas mais perceptíveis relacionados ao sofrimento biológico, dentre outros que, por consequência, levam a uma fragilidade e a perda da autonomia. Ao prestar os cuidados paliativos, esperam-se os efeitos terapêuticos dos cuidados prestados pela enfermagem.

Enfermagem é relação de ajuda mútua diante da finitude da vida e que tem um papel preponderante para o doente. O minimizar da dor, a promoção do conforto, a relação terapêutica baseada numa comunicação efetiva, na permissão de momentos de silêncio, na escuta, no toque, no olhar, na empatia, na compreensão, na aceitação, na ausência de julgamentos de valor, na integração da religiosidade e da espiritualidade, entre outros, são aspectos a considerar para uma efetiva relação de ajuda.

É preponderante a formação dos enfermeiros no âmbito dos cuidados paliativos, nomeadamente no estabelecimento da relação de ajuda, a qual nem sempre se realiza de forma eficaz e eficiente. Em cuidados paliativos, cada dia é um dia, daí emergir a necessidade de se vivenciar com o máximo de conforto e o mínimo de sofrimento. Cuidar em fim de vida nem sempre é fácil, pela incógnita do tempo de que se dispõe, pelo desgaste físico, psicológico e emocional.

Como o foco dos cuidados paliativos não é a cura, a equipe paliativista deve ter aptidão em lidar com os vários momentos de instabilidade do paciente que vivencia a ameaça da vida por uma enfermidade. Diante de qualquer realidade vivenciada, existem possibilidades variadas de existir e de assumir modos de ser sujeito. Não é diferente diante do processo de finitude. Morrer é uma determinação, mas o modo como um sujeito experimenta o seu processo de finitude é sempre singular.

Esta revisão valoriza a necessidade de se implementar os cuidados paliativos no Brasil com mais afinco por parte das instituições e profissionais da saúde, tendo por base, a formação especializada e o amparo legal através de Leis que resguardem as instituições e os profissionais, compreendendo e valorizando as práticas de ortotanásia, assim como, o papel da enfermagem num cuidado onde o respeito à dignidade do ser humano e a qualidade de vida sejam centrais, assistindo o outro de maneira holística e possibilitando a compreensão da morte como parte integrante de um ciclo.

É evidente a necessidade de desenvolverem-se estudos junto às instituições de saúde, aos profissionais que atuam nesta área de cuidado e aos familiares e pacientes com doenças ameaçadoras da vida, a fim de suscitar novas discussões, favorecendo a ampliação do conhecimento sobre os cuidados paliativos e a ortotanásia como meios de assegurar ao paciente terminal uma experiência de morte digna.

## Referências

1. Cogo SB, Lunardi VL. Diretivas antecipadas de vontade aos doentes terminais: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.** 2015;68(3):464-74.
2. Teixeira MRS. Produção científica da enfermagem brasileira em cuidados paliativos: revisão integrativa da literatura. **Revista Enfermagem Contemporânea.** 2016 Jan./Jun.;5(1):136-142.
3. Rodrigues LA, Ligeiro C, Silva M. Cuidados paliativos, diagnósticos e terminalidade: indicação e início do processo de palição. **Cuidart Enfermagem** 2015 janeiro-junho; 9(1):26-35.
4. Sanches KS, Teixeira PTO, Rabin EG. The scenario of scientific publication on palliative care in oncology over the last 5 years: a scoping review. **Rev Esc Enferm USP.** 2018;52:e03336.
5. Santos RCN. Cuidados paliativos: uma perspectiva de vida diante da morte. Pretextos - **Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas** v. 3, n. 5, jan./jun. 2018.
6. Xavier MS, Miziara CSMG, Miziara ID. Terminalidade da vida: questões éticas e religiosas sobre a ortotanásia. **Saúde, Ética & Justiça.** 2014;19(1);26-34.
7. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. **Einstein.** São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010.
8. Moraes ARG, Viana LFS, Camargo AP, Dutra FO. A importância da formação paliativista no currículo médico brasileiro: quando o curar não é possível. **Revista Uningá.** V.46,pp.22-28 (Out - Dez 2015). Online ISSN: 2318-0579.
9. Gomes HA, Borges M, Baptista G, Galvão A. A relação de ajuda ao doente em fim de vida e família: o enfermeiro e o cuidar em fim de vida. **Revista Stude-re Ciência & Desenvolvimento** Vol. 1 Nº 1 Maio 2017.
10. Silva RS, Silva MJP. Enfermagem e Cuidados Paliativos. In: Silva RS, Amaral JB, Malagutti W. **Enfermagem em Cuidados Paliativos: cuidando para uma boa morte.** São Paulo (SP): Martinari: 2013. p. 3-34.
11. Almeida HRA, Melo CF. Práticas de ortotanásia e cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal: uma revisão sistemática da literatura. **Enfermería Global** Nº 51 Julio 2018.
12. Silva LB, Carvalho M. Percepção das emoções dos enfermeiros frente aos pacientes terminais oncológicos. **Saberes Unicampo,** Campo Mourão, v. 01, n.02, jan. – dez. 2015.
13. Capelas ML, Silva SCFS, Alvarenga MISF, Coelho SPA. Cuidados paliativos: O que é importante saber. **PATIENT CARE.** MAIO 2016.
14. Santos ALN, Lira SS, Costa RSL. Cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro ao paciente oncológico. **DêCiência em Foco.** ISSN: 2526-5946. 2018; 2(1): 63--77.
15. Oliveira AKS, Fernandes AMG, Carvalho GAFL, Nascimento LKAS, Pellense MCS, Santana PGC. Humanização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva. **Revista Humano Ser - UNIFACEX,** Natal-RN, v.3, n.1, p. 128-145, 2017/2018. ISSN: 2359-6589.

16. Souza VF, Reticena KO, Gomes MFP, Fracolli LA. Atuação da equipe enfermagem em situações de morte iminente. **Enfermagem em Revista** v. 21, n. 1 (2018).

17. Rosa DOS, Fontoura EG. Bioética e Cuidados Paliativos. In: Silva RS, Amaral JB, Malagutti W. **Enfermagem em Cuidados Paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo (SP): Martinari: 2013. p. 59-85.

18. Lima CAS. Ortotanásia, cuidados paliativos e direitos humanos. **Rev Soc Bras Clin Med**. 2015 jan-mar;13(1):14-7.

19. Santana JCB, Pessini L, Sá AC. Vivências de profissionais da saúde frente ao cuidado de pacientes terminais. **Enfermagem Revista** v. 20, n. 1 (2017).

20. Santos FPPG, Comassetto I, Porciúncula AIC, Santos RM, Ferreira FAZ, Magalhães APN. Ortotanásia e distanásia: percepção dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva. **Cienc Cuid Saude** 2016 Abr/Jun; 15(2): 288-296.

21. Arrieira ICO, Thofehrn M B, Porto AR, Moura PMM, Martins CL, Jacondino MB. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. **Rev Esc Enferm USP**. 2018;52:e03312.

22. Coropes VBAS, Valente GSC, Oliveira ACF, Paula CL, Souza CQS, Camacho ACLF. Opinião dos pacientes com câncer em fase terminal sobre a assistência dos enfermeiros: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(Supl. 6):4927-33, dez., 2016. ISSN: 1981-8963.

## ABDOME AGUDO PERFURATIVO SECUNDÁRIO À DOENÇA ULCEROSA PÉPTICA

MATEUS PAES BARRETO LÓSSIO<sup>1</sup>; ANA LAÍSA ANDRADA OLIVEIRA<sup>1</sup>; MAURÍCIO DA CRUZ CASTRO JÚNIOR<sup>2</sup>; ANA CAROLINA RODRIGUES DE ANDRADE<sup>3</sup>.

1 - Graduando do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde.

2 - Médico Graduado pelo Centro Universitário do Pará.

3 - Médico (a) Cirurgião (ã) Geral do Hospital Geral de Fortaleza.

Artigo submetido em: 05/02/2021.

Artigo aceito em: 07/03/2021.

Conflitos de interesse: não há.

E-mail para contato: maucastro@gmail.com

### Resumo

A Doença Ulcerosa Péptica consiste em afecção relativamente comum e causadora de injúria da mucosa gástrica e/ou duodenal, a qual pode comprometer as camadas mais profundas dos órgãos. Tal condição apresenta importantes complicações, entre as quais podemos mencionar os sangramentos, perfuração e obstrução. São condições que agregam ao paciente um risco de vida considerável, com altas taxas de morbidade e mortalidade. Este estudo tem como objetivo ampliar o conhecimento médico sobre essa doença, bem como analisar a correlação entre mortalidade, localização, presença de neoplasia e tratamento proposto.

**Palavras-chave:** Úlcera Péptica; Mortalidade; Epidemiologia.

### Abstract

Peptic Ulcer Disease is a relatively common condition that causes injury to the gastric and/or duodenal mucosa, which can compromise the deeper layers of the organs. This condition presents important complications, among which we can mention bleeding, perforation and obstruction. These are conditions that add to the patient a considerable risk of life, with high rates of morbidity and mortality. This study aims to expand medical knowledge about this disease, as well as to analyze the correlation between mortality, location, presence of neoplasia and proposed treatment.

**Keywords:** Peptic Ulcer; Mortality; Epidemiology.

### Introdução

A Doença Ulcerosa Péptica (DUP) consiste em uma condição relativamente comum na população adulta e é causadora de lesão na mucosa gástrica e/ou duodenal, a qual pode comprometer as camadas mais profundas dos órgãos e, se não devidamente tratada, proporcionar complicações com elevada morbidade e mortalidade<sup>(1,2)</sup>.

Atualmente, esta condição representa um problema de saúde global que afeta de 5 a 10% da população mundial, ocasionando em onerosos gastos para os sistemas de saúde. Sua prevalência está muito relacionada à persistente epidemia da

infecção pelo *Helicobacter pylori* e a presença dos múltiplos fatores de risco (tabagismo, alcoolismo e algumas medicações, por exemplo)<sup>(3)</sup>.

A doença ulcerosa péptica pode acometer a topografia duodenal e/ou gástrica. Em média, 90% das úlceras duodenais e 75% das úlceras gástricas estão associadas à infecção pelo *H. pylori* e sua erradicação tem se mostrado eficaz como parte do tratamento. Ademais, as úlceras gástricas representam um desafio diagnóstico, em virtude da dificuldade para realizar a diferenciação entre carcinoma gástrico e as úlceras benignas<sup>(4,5)</sup>.

Tal condição apresenta importantes complicações, entre as quais podemos destacar os sangramentos, perfurações e obstruções. Essas condições proporcionam ao paciente um risco de vida considerável, com altas taxas de morbidade e mortalidade <sup>(2,6)</sup>. Nas últimas décadas, diversos progressos foram realizados no manejo dessas condições, tais como: a melhoria das técnicas endoscópicas e cirúrgicas, inclusão dos inibidores da bomba de próton no arsenal terapêutico disponível e erradicação do *H. pylori* <sup>(4,7)</sup>. Apesar de o tratamento clínico apresentar ótimos resultados terapêuticos, vale destacar que até 10% dos pacientes ainda necessitam de cirurgias para tratamento adequado dessa patologia <sup>(8,9)</sup>.

A causa mais comum de morte de pacientes com doença ulcerosa péptica é a hemorragia, principalmente naqueles com importantes comorbidades e com idade elevada, geralmente apresentando, como principal sintoma a dor epigástrica localizada <sup>(10)</sup>. No que lhe concerne, a perfuração de úlcera péptica também é uma condição emergencial, pois se transforma em um abdome agudo, condição com grande potencial ameaçador à vida <sup>(11)</sup>.

Um bom prognóstico e evolução favorável das condições de emergência depende diretamente da tomada de decisões da equipe hospitalar. Essas medidas iniciais permitem o estabelecimento de metas, com o intuito de avaliar a possibilidade de uma conduta expectante inicial ou conduta cirúrgica precoce <sup>(9,12)</sup>.

Diante disso, a equipe assistencial deve considerar a DUP como um diagnóstico possível nas queixas de dor epigástrica e, portanto, realizar a investigação e instituir o tratamento clínico precoce adequado <sup>(13)</sup>, como forma de evitar as possíveis complicações associadas a essa condição. Em relação às situações de emergência, é necessário um manejo objetivo e eficaz das complicações, buscando sempre realizar a decisão terapêutica correta e, conseqüentemente, pro-

porcionar o melhor resultado possível a curto e longo prazo <sup>(14,15)</sup>.

A realização desta pesquisa é de fundamental importância devido à elevada morbidade e mortalidade associada às complicações da doença ulcerosa péptica. Este estudo tem como objetivo analisar a correlação entre mortalidade, localização, presença de neoplasia e tratamento proposto.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de natureza quantitativa. Foram incluídos os pacientes admitidos no setor de Emergência do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) com quadro clínico de perfuração gastroduodenal no período de julho 2013 até julho de 2018. A população estudada foi composta por pacientes admitidos no setor de Emergência do HGF, com idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos, que apresentavam quadro clínico comprovado por métodos de imagem e/ou endoscópico de úlcera gastroduodenal perfurada. Foram excluídos os pacientes menores de 18 (dezoitos) anos e/ou que apresentavam dados incompletos no prontuário. Buscou-se observar em termos quantitativos o número de pacientes com essa complicação clínica, bem como definir perfil epidemiológico e sua correlação com os casos de óbitos.

Os dados foram coletados por meio de fonte secundária, a partir de registros complementares nos prontuários. Para melhor organização foi utilizado um *checklist*, no qual foram anotados os dados, tais como data da admissão, sexo, idade, procedência, uso de medicação prévia, comorbidades, associação ou não com neoplasia e o desfecho do paciente. Vale destacar, que determinadas informações não estavam descritas adequadamente no prontuário, dificultando o processo de coleta dos dados.

Os dados do estudo foram correlacionados com as informações encontradas na literatura científica, que incluirá artigos originais, relatos

de casos e revisões sistemáticas. Foram utilizadas as seguintes bases de dados: *National Library of Medicine* (MEDLINE/PubMed), Portal de periódicos da Capes e *Sci-Elo*. Além dessas, foi utilizado também pesquisa direta em sites de revistas de alto impacto nas especialidades de cirurgia geral.

Para a organização e análise dos dados coletados, utilizou-se o *Software Excel*, SPSS e o Epiinfo. Foi realizada análise estatística descritiva simples e teste exato de *fisher* para validação do valor de p.

A pesquisa iniciou após submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza/SUS, podendo ser identificado pelo número: 3.730.792. Foi assegurada a confidencialidade e a privacidade das informações contidas nos prontuários, como forma da não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, conforme recomendações da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

Foram analisados, retrospectivamente, os dados de 70 pacientes com o diagnóstico de úlcera gastroduodenal, internados em um hospital terciário no período de julho 2013 até julho de 2018.

A tabela 1 descreve o perfil dos pacientes admitidos na emergência cirúrgica com diagnóstico de úlcera péptica perfurada. Na amostra podemos observar que dos 70 pacientes com esse diagnóstico, 53 (75,7%) eram do sexo masculino e 17 (24,3%) do sexo feminino. Em relação à faixa etária, observa-se uma maior incidência dessa entidade clínica entre 41 a 65 anos, representando 47,1% da amostra, seguido de pacientes com idade superior a 65 anos (39,6%) e menores de 41 anos (14,3%).

Foi possível observar que as maiorias dos pacientes eram procedentes da região metropolitana de Fortaleza – Ceará – Brasil, representando

61,4% da amostra, enquanto os 38,6% restantes eram procedentes do interior do estado.

Pode-se notar que as causas não neoplásicas estiveram comumente associadas à perfuração gastroduodenal, representando 92,9% de nossa amostra. Entretanto, a neoplasia representou apenas 7,3% do fator causal primário para perfuração, proporcionando uma pequena quantidade para comparação estatística.

Acerca do desfecho, 21 (30%) pacientes apresentaram evolução adversa para óbito, enquanto que 49 (70%) evoluíram favoravelmente, recebendo alta hospitalar para posterior acompanhamento ambulatorial.

Quanto à localização das úlceras, podemos observar que 26 (37,1%) estavam localizadas em topografia de duodeno, seguidas de antro gástrico (32,8%) corpo (21,5%) e, por fim, fundo gástrico (8,6%).

O principal procedimento cirúrgico para o tratamento das perfurações das úlceras pépticas em nosso estudo foi a ulcerorrafia, representando 95,7% da amostra.

**Tabela 1** - Perfil dos pacientes com diagnóstico de úlcera gastroduodenal perfurada. (N = 70).

Gênero	
Masculino	53 (75,5%)
Feminino	17 (24,3%)
Faixa Etária	
Até 40 anos	10 (14,3%)
Entre 41 e 65 anos	33 (47,1%)
Acima de 65 anos	27 (38,6%)
Procedência	
Região Metropolitana de Fortaleza	43 (61,4%)
Interior do Estado do Ceará	27 (38,6%)
Óbito	
Sim	21 (30%)
Não	49 (70%)
Técnica Cirúrgica Utilizada	
Ulcerorrafia	67 (95,7%)
Gastrectomia	3 (4,3%)
Localização da Úlcera	
Antro	23 (32,8%)
Corpo	15 (21,5%)
Fundo	6 (8,6%)
Duodeno	26 (37,1%)
Incidência de Neoplasia	
Neoplásico	5 (7,1%)
Não Neoplásico	65 (92,9%)

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

Observa-se correlação estatística entre idade dos pacientes e óbitos, como descritos na tabela 2. Nesse contexto, 11 óbitos (52,38%) ocorreram em pacientes acima dos 66 anos, enquanto 10 (47,62%) ocorreram em pacientes entre 41 e 65 anos. Não houve óbitos em pacientes abaixo dos 40 anos.

Quando correlacionado a localização das lesões e óbitos, observou-se que as lesões em duodeno (37,14%), local mais acometido, foram também as que mais cursaram com evolução para óbito (38,10%). Em seguida as lesões localizadas em antro (32,86%) e corpo gástrico (21,43) evoluíram ambas com seis óbitos cada. Não houve significância estatística entre essas duas variáveis.

**Tabela 2** - Relação entre óbitos por úlceras pépticas perforadas e determinadas variáveis. (N = 70).

Correlação entre óbito e gênero					
	Masculino (53)	Feminino (17)		P	
Óbito (21)	14 (66,67%)	7 (33,33%)		0,19	
Não óbito (49)	39 (79,59%)	10 (20,41%)			
Correlação entre óbito e procedência					
	Interior (27)	Capital (43)		P	
Óbito (21)	12 (57,14%)	9 (42,86%)		0,03	
Não óbito (49)	15 (30,61%)	34 (69,39%)			
Correlação entre óbito e idade					
	< 40 anos (10)	41 até 65 anos (33)	> 65 anos (27)	P	
Óbito (21)	0	10 (47,62%)	11 (52,38%)	0,04	
Não óbito (49)	10 (20,4%)	23 (46,94%)	16 (32,65%)		
Correlação entre óbito e localização da úlcera					
	Antro (23)	Corpo (15)	Duodeno (26)	Fundo (6)	P
Óbito (21)	6 (28,5%)	6 (28,5%)	8 (38,1%)	1 (4,7%)	0,76
Não óbito (49)	17 (34,6%)	9 (18,3%)	18 (36,7%)	5 (10,2%)	
Correlação entre óbito e presença de neoplasia					
	Neoplásico (5)	Não neoplásico (65)		P	
Óbito (21)	2 (9,52%)	19 (90,48%)		0,47	
Não óbito (49)	3 (6,12%)	46 (93,88%)			

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

Acerca da relação entre evolução para óbitos e etiologia neoplásica não foi observada correlação estatística. Das neoplasias gástricas

apenas dois pacientes (9,52%) evoluíram com óbito, e dos pacientes em que não apresentavam neoplasia 19 (90,48%) evoluíram com óbito.

Quando correlacionamos procedência e óbitos por úlcera péptica perforada, notamos significância estatística, uma vez que dos 27 pacientes procedentes do interior, 12 evoluíram com óbito, o que representa 57,14% do total de óbitos (p = 0,03). Por sua vez não houve associação estatística entre gênero e casos de óbitos no presente estudo.

## Discussão

Originalmente acreditava-se que a doença ulcerosa péptica ocorria exclusivamente devido a um desequilíbrio entre fatores protetores e agressores da mucosa gastrointestinal<sup>(16)</sup>. Esse desequilíbrio fomenta a quebra da integridade da mucosa gástrica e/ou duodenal, podendo gerar agressões até as camadas mais profundas dos órgãos<sup>(17)</sup>. Apesar disso, atualmente o papel da infecção pelo *H. pylori* na patogênese das úlceras tem sido alvo de diversos estudos<sup>(5,11)</sup>.

Nas últimas décadas tem se observado uma diminuição da incidência de doença ulcerosa péptica e de suas complicações. No entanto, quando não são diagnosticadas e tratadas precocemente, agregam risco de vida considerável ao paciente, apresentando altas taxas de morbidade e mortalidade<sup>(18-21)</sup>. Contudo, a melhoria das técnicas cirúrgicas e endoscópicas, bem como o rastreamento de indivíduos ainda em sua fase oligossintomática, corroboram para o diagnóstico ainda em condições menos complicadas da doença<sup>(7,9)</sup>.

As estimativas de prevalência de óbitos por doença ulcerosa péptica no presente estudo foram altas, quando comparado as observadas na literatura, incluindo dados do Reino Unido (11,7%)<sup>(22)</sup>, Finlândia (11,8%)<sup>(23)</sup> e de Coreia (0,8%)<sup>(24)</sup>.

Diversos fatores podem explicar esse aumento das taxas de mortalidade, sendo eles relacionados ao paciente e sua condição clínica, à técnica cirúrgica utilizada e à demora do paciente na busca de auxílio médico, provocando um atraso na conduta terapêutica adequada. Outro fator importante é a extensão da lesão gastroduode-

nal, uma vez que o risco de evolução adversa é diretamente proporcional ao seu tamanho. A presença de comorbidades também proporciona risco adicional aos pacientes, uma vez que eles ficam sujeitos a processos infecciosos, neoplasias, desnutrição e outras condições<sup>(8,20,23,26)</sup>.

Um estudo retrospectivo<sup>(17)</sup> que selecionou randomicamente 76 pacientes tratados cirurgicamente por complicações de úlcera gastroduodenal observou uma maior incidência dessas condições em homens, com uma relação de 5:1. Foi observado ainda maior incidência na população com idade superior a 61 anos (41,8%), seguido de pessoas na faixa etária entre 41-60 anos de idade (40,3%) e abaixo de 40 anos (17,9%). Além disso, a topografia duodenal estava acometida em 68,7% dos casos. Nesse estudo, os resultados descritos mostraram-se estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ).

Na literatura é possível encontrar estudos<sup>(25-28)</sup> que apontam para correlação estatística entre elevada idade e o aumento de mortalidade por perfuração de doença ulcerosa péptica. Nesse contexto, uma maior mortalidade em idades maiores do que 40 anos pode - em parte - ser explicada pela maior prevalência de comorbidades, fato que proporciona o agravamento de fragilidade. Essa fragilidade dificulta a resistência a fatores agressores, pois a fisiologia humana é desafiada com a idade<sup>(29)</sup>.

No presente estudo não se observa correlação estatística entre mortalidade e gênero, estando este resultado em concordância com outros estudos descritos na literatura<sup>(30)</sup>. No entanto, um extenso estudo epidemiológico retrospectivo realizado com 8146 adultos finlandeses hospitalizados<sup>(23)</sup> mostrou correlação estatística entre sexo feminino e uma maior chance de evolução adversa em perfurações de úlcera péptica. Vale destacar que os diferentes resultados na análise dessas variáveis podem simplesmente refletir diferenças na metodologia entre os estudos.

O câncer gástrico é a segunda causa mais comum de mortes relacionadas à malignidade no mundo, sendo coexistente com diagnóstico de úlcera gástrica em até 2% dos pacientes<sup>(31-33)</sup>. No entanto, vários estudos mostraram que, embora úlcera gástrica esteja relacionada a um aumento do risco de malignidade, a úlcera duodenal não.

Recentemente, esse fenômeno paradoxal foi descrito em vários estudos<sup>(34-36)</sup>.

Perfuração secundária a malignidade é uma rara complicação, a qual agrega importante morbidade e mortalidade aos pacientes. Dessa forma, a neoplasia deve ser considerada com uma etiologia provável, principalmente se os pacientes possuírem uma idade avançada (maior que 60 anos)<sup>(33)</sup>. Um estudo retrospectivo com 376 pacientes com malignidade gástrica observou uma incidência de perfurações em 2,92% da amostra (11 casos), sendo que todos estes casos ocorreram em pacientes com doença avançada (estágios III e IV)<sup>(32)</sup>. Por sua vez, outro estudo identificou que câncer gástrico esteve presente em 0,27% da amostra (27 casos) de todos os pacientes que se apresentaram com diagnóstico de perfuração gastroduodenal<sup>(37)</sup>.

Foi possível observar que mais da metade da amostra estudada é procedente da capital do estado. Tal fato pode ser explicado pelo estilo de vida urbana proporcionar um aumento do estresse, fator que pode estar associado à ocorrência de perfuração<sup>(38,39)</sup>. Ademais, observamos significância estatística entre um aumento da mortalidade e a procedência dos pacientes, uma vez que 12 pacientes provenientes do interior evoluíram com óbito, o que representa 57,14% do total de óbitos. Tal fato pode ser explicado pelo distanciamento entre a região de origem do paciente e o centro de referência para tratamento dessas afecções, gerando assim um atraso no diagnóstico e agregando maiores chances de evolução adversa.

Por fim, cabe ressaltar que diversos estudos apontaram que um atraso na procura do atendimento médico especializado esteve associado a maiores chances de evolução adversa<sup>(8,40)</sup>. Essa informação encontra-se em concordância com nosso estudo, onde a maior parte dos pacientes que foram a óbito era procedente de regiões distantes do centro de referência.

No presente estudo foi possível observar uma importante correlação com os dados descritos na literatura. Além de podermos notar que as perfurações de úlceras gastroduodenais se configuram como uma realidade ainda presente, podendo agregar altas taxas de mortalidade aos pacientes.

A correlação entre mortalidade e algumas variáveis puderam ser observadas neste estudo. Tal fato pode refletir uma maior prevalência de comorbidades entre os pacientes, fomentando o agravamento de fragilidades e aumentando o risco de evolução adversa.

Ademais, um diagnóstico precoce e conduta terapêutica adequada são de vital importância para uma evolução favorável. O fato de a maioria dos óbitos ocorrerem em pacientes provenientes de regiões afastadas do centro de referência deve servir de importante parâmetro para os profissionais de saúde, a fim de que sejam elaboradas medidas que busquem diminuir o atraso no diagnóstico, sobretudo de doenças que agregam importante morbidade e mortalidade aos enfermos. No entanto, novos estudos com o objetivo de melhor esclarecer essa correlação são necessários no futuro.

Nesse contexto, esforços devem ser maximizados com o intuito de compreender os diversos fatores de risco correlacionados as complicações de doença ulcerosa péptica e, dessa maneira, orientar a equipe de saúde acerca do manejo clínico adequado desses pacientes. Uma gestão adequada na vigência de intercorrências clínicas, como em casos de perfurações gastro-duodenais, é fundamental a fim de se garantir um prognóstico favorável a curto e longo prazo.

## Referências

1. Hsia NY, Tsai YY, Lin CL, Chiang CC. Increased risk of peptic ulcer in patients with early-onset cataracts: A nationwide population based study. *PLoS ONE*. 2018; 13(11): 1–8, 2018.
2. Sierra D, Wood M, Kolli S, Felipez LM. Pediatric Gastritis, Gastropathy, and Peptic Ulcer Disease. *Pediatrics in Review*. 2018; 39(1): 542-549.
3. Tonolini M, Ierardi AM, Bracchi E, Magistrelli P, Vella A, Carrafiello G. Non-perforated peptic ulcer disease: multidetector CT findings, complications, and differential diagnosis. *Insights Imaging*. 2017. 8(5): 455–469.
4. Søreide K, Thorsen K, Harrison EM, Bingener J, Møller MH, Ohene-Yeboah M, et al. Perforated peptic ulcer. *Lancet (London, England)*. 2015; 386(10000): 1288–1298.
5. Sostres C, Carrera-Lasfuentes P, Benito R, Roncales P, Arruebo M, Arroyo MT, et al. Peptic ulcer bleeding risk. The role of *Helicobacter pylori* infection in NSAID/low-dose aspirin users. *American Journal of Gastroenterology*. 2015; 110(5): 684-689.
6. Søreide K, Thorsen K, Søreide JA. Strategies to improve the outcome of emergency surgery for perforated peptic ulcer. *BJS*. 2014; 101: 51–64.
7. Tan S, Wu G, Zhuang Q, Xi Q, Meng Q, Jiang Y, et al. Laparoscopic versus open repair for perforated peptic ulcer: a meta analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Surgery*. 2016; 33: 124-132.
8. Taş İ, Ülger BV, Önder A, Kapan M, Bozdağ Z. Risk factors influencing morbidity and mortality in perforated peptic ulcer disease. *Turkish Journal of Surgery/Ulusal cerrahi dergisi*. 2015; 31(1): 20.
9. Chung KT, Shelat VG. Perforated peptic ulcer - an update. *World J Gastro-intest Surg*. 2017; 9 (1):1–12.
10. Gururatsakul M, Holloway RH, Talley NJ, Holtmann GJ. Association between clinical manifestations of complicated and uncomplicated peptic ulcer and visceral sensory dysfunction. *JGH*. 2010; 25: 1162–1169.
11. Bertleff MJOE, Lange F. Perforated Peptic Ulcer Disease: A Review of History and Treatment. *Dig Surg*. 2010; 27: 161–169.
12. Su YH, Yeh CC, Lee CY, Lin MW, Kuan CH, Lai IR, et al. Acute surgical treatment of perforated peptic ulcer in the elderly patients. *Hepato-gastroenterology*. 2010; 57(104): 1608-1613.
13. Sonnenberg A. Time trends of ulcer mortality in Europe. *Gastroenterology*. 2007; 132(7): 2320-2327.
14. Malmi H, Kautiainen H, Virta LJ, Färkkilä N, Koskenpato J, Färkkilä MA. Incidence and complications of peptic ulcer disease requiring hospitalisation have markedly decreased in Finland. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*. 2014; 39 (5): 496–506.

15. Malmi H, Kautiainen H, Virta LJ, Färkkilä MA. Outcomes of patients hospitalized with peptic ulcer disease diagnosed in acute upper endoscopy. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2007; 29(11): 1–7.
16. Barkun A, Leontiadis G. Systematic review of the symptom burden, quality of life impairment and costs associated with peptic ulcer disease. *Am J Med*. 2010; 123, (11): 358–366.
17. Begovic G, Selmani R. Etiological factors in urgent gastroduodenal ulcer. *Prilozi*. 2015; 36(2): 203-210.
18. Lanas A, Chan FKL. Peptic ulcer disease. *The Lancet*. 2017; 390 (10094): 613–624.
19. Ramakrishnan K, Salinas RC. Peptic Ulcer Disease. *Am Fam Physician*. 2007; 76 (7): 1005-12.
20. Yamamoto K, Takahashi O, Arioka H, Kobayashi D. Evaluation of risk factors for perforated peptic ulcer. *BMC gastroenterology*. 2018; 18 (28):1–8.
21. Wang YR, Richter JE, Dempsey DT. Trends and Outcomes of Hospitalizations for Peptic Ulcer Disease in the United States, 1993 to 2006. *Annals of Surgery*. 2010; 251 (1): 51–58.
22. Byrne BE, Bassett M, Rogers CA, Anderson ID, Beckingham I, Blazeby JM. Short-term outcomes after emergency surgery for complicated peptic ulcer disease from the UK National Emergency Laparotomy Audit: a cohort study. *BMJ Open*. 2018 Aug 20; 8(8): e023721.
23. Malmi H, Kautiainen H, Virta LJ, Färkkilä MA. Increased short- and long-term mortality in 8146 hospitalised peptic ulcer patients. *Aliment Pharmacol Ther*. 2016; 44(3): 234-45.
24. Yang YJ, Bang CS, Shin SP, Park TY, Suk KT, Baik GH, et al. Clinical characteristics of peptic ulcer perforation in Korea. *World Journal of Gastroenterology*. 2017; 23(14): 2566.
25. Cappell MS. A study of the syndrome of simultaneous acute upper gastrointestinal bleeding and myocardial infarction in 36 patients. *Am J Gastroenterol*. 1995; 90(9): 1444– 1449.
26. LAU JY, Sung J, Hill C, Henderson C, Howden CW, Metz DC. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion*. 2011; 84 (2): 102-13.
27. Thorsen K, Søreide JA, Søreide K. Long-Term Mortality in Patients Operated for Perforated Peptic Ulcer : Factors Limiting Longevity are Dominated by Older Age, Comorbidity Burden and Severe Postoperative Complications. *World Journal of Surgery*. 2016; 41 (2): 410–418.
28. Byrne BE, Bassett M, Rogers CA, Anderson ID, Beckingham I, Blazeby JM. Short-term outcomes after emergency surgery for complicated peptic ulcer disease from the UK National Emergency Laparotomy Audit: a cohort study. *BMJ open*. 2018; 8(8): e023721.
29. Joseph B, Zangbar B, Pandit V, Fain M, Mohler MJ, Kulvatunyou N, et al. Emergency general surgery in the elderly: too old or too frail?. *Journal of the American College of Surgeons*. 2016; 222(5): 805-813.
30. Thorsen K, Søreide JA, Søreide K. Scoring systems for outcome prediction in patients with perforated peptic ulcer. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2016; 21 (25): 1–10.
31. El Asmar A, Khattar F, Alam M, El Rassi Z. Spontaneous perforation of primary gastric B-cell lymphoma of MALT: a case report and literature review. *Clinical case reports*. 2016; 4(11): 1049.
32. Ignjatovic N, Stojanov D, Djordjevic M, Ignjatovic J, Benedeto Stojanov D, Milojkovic B. Perforation of gastric cancer - what should the surgeon do ? *Bosnian Journal Of Basic Medical Sciences*. 2016; 16 (3): 222–226.
33. Ergul E, Gozetlik EO. Emergency spontaneous gastric perforations : ulcer versus cancer. *Langenbecks Arch Surg*. 2009; 394: 643–646.
34. Hansson LE, Nyrén O, Hsing AW, Bergström R, Josefsson S, Chow WH. et al. The risk of stomach cancer in patients with gastric or duodenal ulcer disease. *N Engl J Med*. 1996; 335(4): 242-249.

35. Uemura N, Okamoto S, Yamamoto S, Matsumura N, Yamaguchi S, Yamakido M. et al. Helicobacter pylori infection and the development of gastric cancer. *N Engl J Med.* 2001; 345(11): 784-789.
36. Take S, Mizuno M, Ishiki K, Nagahara Y, Yoshida T, Yokota K. et al. The effect of eradicating helicobacter pylori on the development of gastric cancer in patients with peptic ulcer disease. *Am J Gastroenterol.* 2005; 100(5): 1037-1042.
37. Wang SY, Hsu CH, Liao CH, Fu CY, Ouyang CH, Cheng CT. et al. Surgical outcome evaluation of perforated gastric cancer : from the aspects of both acute care surgery and surgical oncology. *Scand J Gastroenterol.* 2017; 52(12): 1371-1376.
38. Kanno T, Iijima K, Abe Y, Koike T, Shimada N, Hoshi T, et al. Peptic ulcers after the Great East Japan earthquake and tsunami: possible existence of psychosocial stress ulcers in humans. *Journal of gastroenterology.* 2013; 48(4): 483-490.
39. Levenstein S. The very model of a modern etiology: a biopsychosocial view of peptic ulcer. *Psychosomatic Medicine.* 2000; 62(2): 176-185.
40. Kamani F, Mogimi M, Marashi SA, Peyrovi H, Sheikhvatan M. Perforated peptic ulcer disease: mid-term outcome among Iranian population. *Turk J Gastroenterol.* 2010; 21(2): 125–128.

## TIREOIDECTOMIAS – ANÁLISE RETROSPECTIVA DE PACIENTES EM HOSPITAL SECUNDÁRIO

ANA LAÍSA ANDRADA OLIVEIRA<sup>1</sup>; ALLYSON LUCAS DA COSTA MEDEIROS<sup>1</sup>; MATEUS PAES BARRETO LÓSSIO<sup>1</sup>; MARIA VITÓRIA SILVA DE LIMA<sup>2</sup>; SAMIR AUGUSTO DO NASCIMENTO FERREIRA<sup>3</sup>; MAURÍCIO DA CRUZ CASTRO JÚNIOR<sup>3</sup>; DANDARA MARIA SOARES DAMÁSIO DA SILVA<sup>4</sup>.

1 - Graduando do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde.

2 - Estudante de Medicina da Universidade de Pernambuco.

3 - Médico Graduado pelo Centro Universitário do Pará.

4 - Médica residente de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

Artigo submetido em: 06/02/2021.

Artigo aceito em: 09/03/2021.

Conflitos de interesse: não há.

E-mail para contato: maucastro@gmail.com

### Resumo

A tireoide é uma das principais glândulas do corpo humano, produtora de hormônios capazes de regular o metabolismo celular e agir na absorção de cálcio podendo ser acometida por diversas doenças. Entre estas, destaca-se a lesão nodular no parênquima da glândula representando uma grande parcela dos casos tratados cirurgicamente. O presente estudo tem como objetivo principal avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos às tireoidectomias realizadas em Hospital Secundário em Fortaleza (CE) e relacionar detalhes das patologias de cada paciente com o tratamento escolhido e suas complicações. Assim, apresentam dados através de desenho retrospectivo descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa dos pacientes submetidos à tireoidectomia que foram realizadas no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar no período de março de 2018 a agosto de 2019. O levantamento foi de 75 (setenta e cinco) pacientes. Com relação à análise de frequências isoladas foram encontrados os seguintes dados: a idade mostra 45,9% dos pacientes na faixa de 31 a 50 anos e o sexo feminino representa mais de 97,3 % dos pacientes, corroborando o que se observa na literatura. A incidência da classificação de Bethesda para os pacientes mostrou-se na maioria dos pacientes com achados benignos (Bethesda II), sendo a porcentagem de 40.5%. Assim conclui-se a importância desse estudo no que diz respeito a apresentar o perfil dos pacientes submetidos à tireoidectomia assim como os resultados dessa cirurgia quando realizada em hospital secundário.

**Palavras-chave:** Tireoidectomia; Perfil de Saúde; Doenças da Glândula Tireoide; Epidemiologia.

### Abstract

The thyroid is one of the main glands in the human body, producing hormones capable of regulating cellular metabolism and acting on calcium absorption and can be affected by several diseases. Among these, the nodular lesion in the parenchyma of the gland stands out, representing a large portion of the cases treated surgically. This study aims to evaluate the epidemiological profile of patients undergoing thyroidectomies performed at a Secondary Hospital at Fortaleza (CE) and to relate details of the pathologies of each patient with the chosen treatment and its complications. Thus, it presents data through a retrospective descriptive design with a quantitative and qualitative approach of patients undergoing thyroidectomy being performed at the José Martiniano de Alencar Hospital and Maternity from March 2018 to August 2019. The survey was 75 (seventy-five) patients. Regarding the analysis of isolated frequencies, the following data were found: age shows 45.9% of patients aged between 31 and 50 years old and females represent more than 97.3% of patients, corroborating what is observed in literature. The incidence of the Bethesda classification for patients was shown in the majority of patients with benign findings (Bethesda II), with a percentage of 40.5%. This concludes the importance of this

study with regard to presenting the profile of patients undergoing thyroidectomy as well as the results of this surgery when performed in a secondary hospital.

**Keywords:** Thyroidectomy; Health Profile; Thyroid Diseases; Epidemiology.

## **Introdução**

A tireoide é uma das principais glândulas do corpo humano, produtora de hormônios capazes de regular o metabolismo celular e agir na absorção de cálcio. Diversas doenças podem acometer essa glândula, podendo ser classificadas entre alterações funcionais, morfológicas e autoimunes<sup>(1)</sup>. Vários fatores são capazes de levar a um desequilíbrio hormonal na glândula, no entanto, a remoção cirúrgica da tireoide somente é indicada em casos de hipertireoidismo grave, suspeita de malignidade, desvio e compressão de estruturas adjacentes e até por caráter estético<sup>(1-4)</sup>.

As patologias que acometem a tireoide são consideradas comuns, atingindo cerca de 10% da população geral, com um predomínio de acometimento do gênero feminino em relação ao masculino em uma proporção de 4:1. Devido à frequência de acometimento dessa glândula a tireoidectomia é uma das cirurgias mais realizadas no mundo, sendo também considerada uma das mais seguras, podendo, no entanto, apresentar algumas complicações, como paralisia do nervo laríngeo recorrente, de forma transitória ou permanente e hipocalcemia devido hipoparatiroidismo<sup>(4-6)</sup>.

Entre as principais doenças da tireoide, destaca-se a lesão nodular no parênquima da glândula, representando uma grande parcela dos casos tratados cirurgicamente. Outro grupo que se destaca é o das doenças inflamatórias, como doença de Hashimoto ou tireoidite linfocítica crônica, que é a causa mais comum de hipotireoidismo com bócio em adultos entre 30 e 50 anos. Já o câncer da glândula tireoide é considerado pouco frequente sendo o quinto câncer mais comum de acometimento nas mulheres segundo o INCA<sup>(7,8)</sup>.

O diagnóstico e abordagem adequados possibilitam uma terapia efetiva aos pacientes. O surgimento da punção aspirativa por agulha fina (PAAF) foi um importante marco para a decisão terapêutica, pois representa um exame com alta sensibilidade e especificidade, sobretudo no câncer de tireoide<sup>(9,10)</sup>.

Apesar de a cirurgia apresentar possíveis complicações, é válido ressaltar que essa probabilidade é diretamente proporcional à sua duração e inversamente proporcional à experiência do cirurgião. No âmbito atual, o número de complicações está em constante decréscimo<sup>(1)</sup>.

A necessidade de avaliar o perfil epidemiológico de uma amostra de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico para doenças da glândula tireoide em hospital secundário determinou o interesse para a realização deste estudo para melhor caracterizar as patologias e seus tratamentos. O estudo torna-se relevante também para avaliar a qualidade de um novo serviço de cirurgia de cabeça e pescoço assim como a viabilidade deste em hospital secundário.

## **Metodologia**

O presente estudo tem o desenho retrospectivo descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa (revisão de prontuários) dos pacientes submetidos à tireoidectomia (Total, Parcial, com ou sem esvaziamento cervical). O estudo foi realizado no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA), localizado no Bairro Farias Brito na cidade de Fortaleza – Ceará, Brasil. O período apurado compreende de março de 2018 a agosto de 2019. A amostra consiste em pacientes submetidos aos procedimentos acima destacados no local do estudo. A pesquisa apresenta como critério de inclusão os pacientes submetidos à tireoidectomia eletiva no HMJMA no período

do mencionado, oriundos do ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço.

Pesquisado os nomes dos procedimentos: TIREOIDECTOMIA PARCIAL e TIREOIDECTOMIA TOTAL. Os critérios de exclusão foram os pacientes previamente internados por outro motivo ou pacientes com infecção de qualquer sítio nos últimos seis meses. Foram utilizadas variáveis categóricas qualitativas de formulário pré-constituído, sendo analisadas as seguintes categorias: idade, sexo, diagnóstico, classificação de Bethesda, procedimento cirúrgico, realização de esvaziamento cervical e complicações (considerado seroma, infecção de ferida operatória, hematoma, hipocalcemia, disfagia, disфонia e má cicatrização).

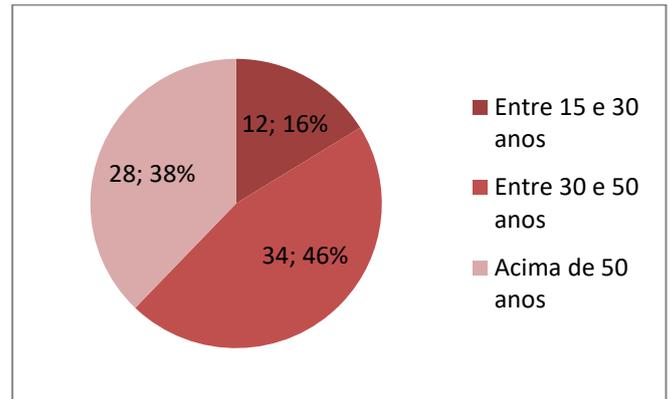
As variáveis foram analisadas através de programa Google Forms e as taxas de prevalência foram analisadas e comparadas, outros estudos semelhantes de serviços de referência. Foi respeitado o sigilo do prontuário segundo documentos anexos ao presente documento seguindo a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O presente estudo foi aprovado por comitê de ética possuindo CAAE 29156520400005037.

## Resultados

Após levantamento da lista de pacientes submetidos a esses procedimentos entre os anos de 2018 e 2019, chegou-se a 75 (setenta e cinco) pacientes. Um paciente foi excluído do estudo por se tratar de uma exérese de cisto tireoglossos estando o nome do procedimento erradamente registrado no prontuário eletrônico. Assim concluiu-se com 74 pacientes no total.

Com relação à análise de frequências isoladas, foi encontrado o resultado do Gráfico 1, que mostra os seguintes dados: 34 (45,9%) dos pacientes na faixa de 31 a 50 anos, seguida por pacientes acima de 50 anos, com 28 (37,8%).

**Gráfico 1** - Taxa isolada do parâmetro de idade avaliada na revisão de prontuários de paciente submetidos à tireoidectomia no HMJMA. (N = 74).

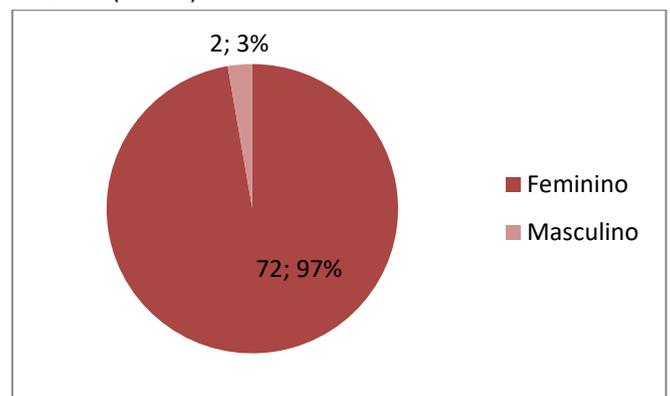


Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

O estudo encontrou que a taxa de sexo feminino representa 72 (97,3%) dos pacientes (Gráfico 2). No parâmetro diagnóstico, pacientes com nódulos suspeitos foram 50 (67,6%) das indicações de cirurgia.

A incidência da classificação de Bethesda mostrou-se com achados benignos (Bethesda II) em sua maioria sendo 40,5%. Em aproximadamente 20% dos prontuários dos pacientes não foi encontrado o registro da classificação. Com relação ao procedimento realizado, mais da metade foram de tireoidectomias totais (83,8%) seguida em ordem decrescente por tireoidectomia parcial. As cirurgias que tiveram associadas esvaziamento cervical tiveram uma taxa com pouco mais de 20%.

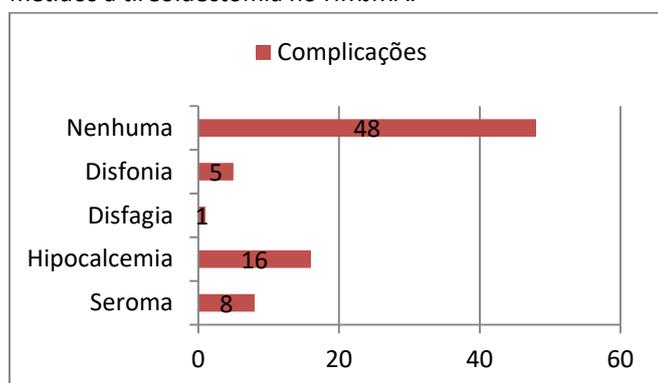
**Gráfico 2** - Taxa isolada de gênero avaliado na revisão de prontuários de paciente submetidos à tireoidectomia no HMJMA. (N = 74).



Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

No que se refere às complicações (Gráfico 3), não foi encontrado nenhum caso de infecção de ferida operatória nem de má cicatrização. As complicações encontradas foram: 10,8% seroma, 1,4% disfagia, 6,8% disfonia e 21,6% hipocalcemia. Importante destacar que algumas complicações coexistiram, portanto, a somatória dos achados não será idêntica ao número total de pacientes.

**Gráfico 3** - Taxa isolada dos tipos específicos de complicações avaliadas na revisão de prontuários de paciente submetidos à tireoidectomia no HMJMA.



Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

Com relação à avaliação de lesões nervosas, não houve, no nosso estudo, diferenciação de lesão do nervo laríngeo superior ou nervo laríngeo recorrente, todos alocados apenas como “disfonia”, que teve uma incidência de 6,8 %. Considerando-se que não foi detectado em nenhuma paciente lesão bilateral do NLR e que nas tireoidectomias totais há dois nervos em risco, podemos inferir que houve um total de 136 nervos sob risco, com um número de 5 pacientes com queixa de disfonia, dando uma taxa estimada de lesão unilateral de 3,67%. Outros dados, que serão pormenorizados mais a frente, devem ser lembrados: não houve realização de laringoscopia pré-operatória ou não foi achado relato em prontuários.

Na análise estatística de comparação das variáveis, não foi possível chegar a nenhum valor estatisticamente significativo.

## Discussão

A tireoidectomia é um procedimento cirúrgico muito comum em nosso meio. Segundo registros do DataSus no período de janeiro de 2019 a janeiro de 2020 foram realizados um total de 11.922 tireoidectomias no Brasil (Tabela 1). Esse procedimento é realizado por cirurgiões com variadas formações: cirurgia geral, otorrinolaringologia, cirurgia oncológica e cirurgia de cabeça e pescoço (3). Com efeito, esta pesquisa obteve uma amostra de 74 pacientes em um período de 17 meses.

**Tabela 1** - Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação – Brasil Janeiro/2019- janeiro/2020.

Região	AIH aprovadas
Norte	888
Nordeste	3.412
Centro-oeste	630
Sudeste	5.282
Sul	1.710
<b>Total</b>	<b>11.922</b>

Fonte: DataSUS, 2020.

Em relação a idade, mostrou-se que os pacientes entre 31 a 50 anos (45.9%), corresponderam a faixa mais submetida a esses procedimentos. Seguido pelos pacientes com mais de 50 anos (37,8%). Sendo compatível com os dados encontrados na literatura <sup>(7,14)</sup>.

As doenças da glândula tireoide são mais comumente encontradas em mulheres de meia idade. Nesse estudo, o sexo feminino representa mais de 97,3% dos pacientes, corroborando o que se observa na literatura, que mulheres, talvez pela questão hormonal ou por procurar mais rapidamente o sistema de saúde, são a maior faixa de pacientes com patologias de tireoide <sup>(7, 14)</sup>.

As incidências da classificação de Bethesda para os pacientes se mostrou em sua maioria com achados benignos (Bethesda II), sendo a porcentagem de 40.5%. Ratificando assim a literatura que evidencia que a maioria dos pacientes apresentam Bethesda II <sup>(15)</sup>. Em aproximadamente 20% dos pacientes não foi encontrado registro da classificação no prontuário.

No princípio da história da cirurgia da glândula tireoide, as maiores complicações eram hematoma e infecção. No entanto, com a evolução da prática médica, desde o início do século

passado, essas complicações têm se tornado cada vez menos frequentes <sup>(3)</sup>. As complicações encontradas em nosso estudo foram: 8 (10,8%) seroma, 1 (1,4%) disfagia, 5 (6,8%) disфонia e 16 (21,6%) hipocalcemia.

Dos cinco pacientes que apresentaram disфонia nenhum apresentava o sintoma no pré-operatório. Entretanto, a disфонia no pós-operatório não é causada apenas por lesão ao nervo laríngeo recorrente com paralisia de cordas vocais, pois a própria intubação pode acarretar edema de cordas vocais e rouquidão fugaz nas primeiras duas semanas de pós-operatório.

Ademais, a principal complicação encontrada nesses pacientes foi a hipocalcemia, sendo compatível com a literatura <sup>(16)</sup>. A hipocalcemia após a cirurgia da tireoide é uma das complicações mais frequentes, situação que prolonga a internação hospitalar e aumenta os custos do procedimento <sup>(16, 17)</sup>. Em quase todos os estudos, a frequência de hipocalcemia no pós-operatório foi relatada de forma heterogênea sendo de 2% a 33% <sup>(18)</sup>, demonstrando que há uma necessidade urgente de uniformidade e padronização nas definições usadas para relatar taxas de hipocalcemia. Além disso, há outros estudos que examinaram a relação entre gênero e idade na hipocalcemia pós-tireoidectomia e sugeriram que o sexo feminino é provavelmente um fator de risco para hipocalcemia transitória pós-tireoidectomia <sup>(17)</sup>.

Neste assunto, por causa de fatores hormonais pré e pós-menopausa os efeitos das variações hormonais na vitamina D, paratormônio e absorção de cálcio são enfatizadas <sup>(19)</sup>.

O mecanismo da hipocalcemia após tireoidectomia não é conhecido, embora seja aceito como multifatorial: técnica cirúrgica, dano iatrogênico da paratireoide (lesão, edema, infarto, isquemia), extensão da tireoidectomia, hipertireoidismo, malignidade, sexo do paciente, queda sérica perioperatória de cálcio, presença de tireoidite, diabetes e número de glândulas paratireoides identificadas durante a cirurgia <sup>(20)</sup>.

Por fim, ao comparamos o presente estudo com outros já realizados, foi evidenciado que os dados corroboram com os presentes na literatura, como foi discutido acima e demonstrado na Tabela 2.

**Tabela 2** - Comparação dos dados deste estudo com Rio, Rossini, Montana, Viani, Pedrazzi, Loderer e Cozzani.

Comparação dos Estudos		
Variável	Presente estudo	Del Rio, Rossini, Montana, Viani, Pedrazzi, Loderer e Cozzani <sup>(20)</sup>
<b>Sexo</b>		
Feminino	72 (97,3%)	1669 (79.2%)
Masculino	2 (2,7%)	439 (20,8%)
<b>Procedimento</b>		
Tireoidectomia total	62 (83,8%)	2014 (95,5%)
Tireoidectomia parcial	12 (16,2%)	94 (0,5%)
Hipocalcemia precoce no pós-operatório	16 (21,6%)	795 (37,7%)
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>2108</b>

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

Desse modo, o adequado conhecimento das características clínicas e epidemiológicas de pacientes com doenças da glândula tireoide, com indicação de tratamento cirúrgico, é de interesse dos profissionais da saúde responsáveis pelo atendimento a esses doentes. A tireoidectomia, sendo uma opção de tratamento é uma operação que pode ser realizada com segurança e baixa incidência de complicações permanentes, como foi visto neste trabalho, permitindo ampliar suas indicações nas diversas doenças da tireoide.

Com efeito, o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes que foram submetidos a tratamento cirúrgico de doença da glândula tireoide no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar pode ser assim definido: são pacientes em sua maioria do sexo feminino com média de idade entre 31 e 50 anos, que procuraram o ambulatório pela queixa de nódulo tireoidiano ou bócio.

Em relação aos exames complementares, o Besthesda demonstrou ser um exame importante no pré-operatório, pois apresentou elevada sensibilidade, especificidade e acurácia. A respeito do tipo de tratamento cirúrgico empregado, a

tireoidectomia total foi a modalidade cirúrgica predominante nos pacientes e as complicações pós-operatórias se mantiveram nos padrões esperados quando comparadas com centros de referência.

## Referências

1. Hsia NY, Tsai YY, Lin CL, Chiang CC. Increased risk of peptic ulcer in patients with early-onset cataracts: A nationwide population based study. *PLoS ONE*. 2018; 13(11): 1–8, 2018.
2. Sierra D, Wood M, Kolli S, Felipez LM. Pediatric Gastritis, Gastropathy, and Peptic Ulcer Disease. *Pediatrics in Review*. 2018; 39(1): 542-549.
3. Tonolini M, Ierardi AM, Bracchi E, Magistrelli P, Vella A, Carrafiello G. Non-perforated peptic ulcer disease: multidetector CT findings, complications, and differential diagnosis. *Insights Imaging*. 2017. 8(5): 455–469.
4. Søreide K, Thorsen K, Harrison EM, Bingener J, Møller MH, Ohene-Yeboah M, et al. Perforated peptic ulcer. *Lancet (London, England)*. 2015; 386(10000): 1288–1298.
5. Sostres C, Carrera-Lasfuentes P, Benito R, Roncales P, Arruebo M, Arroyo MT, et al. Peptic ulcer bleeding risk. The role of *Helicobacter pylori* infection in NSAID/low-dose aspirin users. *American Journal of Gastroenterology*. 2015; 110(5): 684-689.
6. Søreide K, Thorsen K, Søreide JA. Strategies to improve the outcome of emergency surgery for perforated peptic ulcer. *BJS*. 2014; 101: 51–64.
7. Tan S, Wu G, Zhuang Q, Xi Q, Meng Q, Jiang Y, et al. Laparoscopic versus open repair for perforated peptic ulcer: a meta analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Surgery*. 2016; 33: 124-132.
8. Taş İ, Ülger BV, Önder A, Kapan M, Bozdağ Z. Risk factors influencing morbidity and mortality in perforated peptic ulcer disease. *Turkish Journal of Surgery/Ülusal cerrahi dergisi*. 2015; 31(1): 20.
9. Chung KT, Shelat VG. Perforated peptic ulcer - an update. *World J Gastro-intest Surg*. 2017; 9 (1):1–12.
10. Gururatsakul M, Holloway RH, Talley NJ, Holtmann GJ. Association between clinical manifestations of complicated and uncomplicated peptic ulcer and visceral sensory dysfunction. *JGH*. 2010; 25: 1162–1169.
11. Bertleff MJOE, Lange F. Perforated Peptic Ulcer Disease: A Review of History and Treatment. *Dig Surg*. 2010; 27: 161–169.
12. Su YH, Yeh CC, Lee CY, Lin MW, Kuan CH, Lai IR, et al. Acute surgical treatment of perforated peptic ulcer in the elderly patients. *Hepato-gastroenterology*. 2010; 57(104): 1608-1613.
13. Sonnenberg A. Time trends of ulcer mortality in Europe. *Gastroenterology*. 2007; 132(7): 2320-2327.
14. Malmi H, Kautiainen H, Virta LJ, Färkkilä N, Koskenpato J, Färkkilä MA. Incidence and complications of peptic ulcer disease requiring hospitalisation have markedly decreased in Finland. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*. 2014; 39 (5): 496–506.
15. Malmi H, Kautiainen H, Virta LJ, Färkkilä MA. Outcomes of patients hospitalized with peptic ulcer disease diagnosed in acute upper endoscopy. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2007; 29(11): 1–7.
16. Barkun A, Leontiadis G. Systematic review of the symptom burden, quality of life impairment and costs associated with peptic ulcer disease. *Am J Med*. 2010; 123, (11): 358–366.
17. Begovic G, Selmani R. Etiological factors in urgent gastroduodenal ulcer. *Prilozi*. 2015; 36(2): 203-210.
18. Lanas A, Chan FKL. Peptic ulcer disease. *The Lancet*. 2017; 390 (10094): 613–624.
19. Ramakrishnan K, Salinas RC. Peptic Ulcer Disease. *Am Fam Physician*. 2007; 76 (7): 1005-12.

20. Yamamoto K, Takahashi O, Arioka H, Kobayashi D. Evaluation of risk factors for perforated peptic ulcer. *BMC gastroenterology*. 2018; 18 (28):1–8.
21. Wang YR, Richter JE, Dempsey DT. Trends and Outcomes of Hospitalizations for Peptic Ulcer Disease in the United States, 1993 to 2006. *Annals of Surgery*. 2010; 251 (1): 51–58.
22. Byrne BE, Bassett M, Rogers CA, Anderson ID, Beekingham I, Blazeby JM. Short-term outcomes after emergency surgery for complicated peptic ulcer disease from the UK National Emergency Laparotomy Audit: a cohort study. *BMJ Open*. 2018 Aug 20; 8(8): e023721.
23. Malmi H, Kautiainen H, Virta LJ, Färkkilä MA. Increased short- and long-term mortality in 8146 hospitalised peptic ulcer patients. *Aliment Pharmacol Ther*. 2016; 44(3): 234-45.
24. Yang YJ, Bang CS, Shin SP, Park TY, Suk KT, Baik GH, et al. Clinical characteristics of peptic ulcer perforation in Korea. *World Journal of Gastroenterology*. 2017; 23(14): 2566.
25. Cappell MS. A study of the syndrome of simultaneous acute upper gastrointestinal bleeding and myocardial infarction in 36 patients. *Am J Gastroenterol*. 1995; 90(9): 1444– 1449.
26. LAU JY, Sung J, Hill C, Henderson C, Howden CW, Metz DC. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion*. 2011; 84 (2): 102-13.
27. Thorsen K, Søreide JA, Søreide K. Long-Term Mortality in Patients Operated for Perforated Peptic Ulcer : Factors Limiting Longevity are Dominated by Older Age, Comorbidity Burden and Severe Postoperative Complications. *World Journal of Surgery*. 2016; 41 (2): 410–418.
28. Byrne BE, Bassett M, Rogers CA, Anderson ID, Beekingham I, Blazeby JM. Short-term outcomes after emergency surgery for complicated peptic ulcer disease from the UK National Emergency Laparotomy Audit: a cohort study. *BMJ open*. 2018; 8(8): e023721.
29. Joseph B, Zangbar B, Pandit V, Fain M, Mohler MJ, Kulvatunyou N, et al. Emergency general surgery in the elderly: too old or too frail?. *Journal of the American College of Surgeons*. 2016; 222(5): 805-813.
30. Thorsen K, Søreide JA, Søreide K. Scoring systems for outcome prediction in patients with perforated peptic ulcer. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2016; 21 (25): 1–10.
31. El Asmar A, Khattar F, Alam M, El Rassi Z. Spontaneous perforation of primary gastric B-cell lymphoma of MALT: a case report and literature review. *Clinical case reports*. 2016; 4(11): 1049.
32. Ignjatovic N, Stojanov D, Djordjevic M, Ignjatovic J, Benedeto Stojanov D, Milojkovic B. Perforation of gastric cancer - what should the surgeon do ? *Bosnian Journal Of Basic Medical Sciences*. 2016; 16 (3): 222–226.
33. Ergul E, Gozetlik EO. Emergency spontaneous gastric perforations : ulcer versus cancer. *Langenbecks Arch Surg*. 2009; 394: 643–646.
34. Hansson LE, Nyrén O, Hsing AW, Bergström R, Josefsson S, Chow WH. et al. The risk of stomach cancer in patients with gastric or duodenal ulcer disease. *N Engl J Med*. 1996; 335(4): 242-249.
35. Uemura N, Okamoto S, Yamamoto S, Matsumura N, Yamaguchi S, Yamakido M. et al. Helicobacter pylori infection and the development of gastric cancer. *N Engl J Med*. 2001; 345(11): 784-789.
36. Take S, Mizuno M, Ishiki K, Nagahara Y, Yoshida T, Yokota K. et al. The effect of eradicating helicobacter pylori on the development of gastric cancer in patients with peptic ulcer disease. *Am J Gastroenterol*. 2005; 100(5): 1037-1042.
37. Wang SY, Hsu CH, Liao CH, Fu CY, Ouyang CH, Cheng CT. et al. Surgical outcome evaluation of perforated gastric cancer : from the aspects of both acute care surgery and surgical oncology. *Scand J Gastroenterol*. 2017; 52(12): 1371-1376.
38. Kanno T, Iijima K, Abe Y, Koike T, Shimada N, Hoshi T, et al. Peptic ulcers after the Great East Japan

earthquake and tsunami: possible existence of psychosocial stress ulcers in humans. *Journal of gastroenterology*. 2013; 48(4): 483-490.

39. Levenstein S. The very model of a modern etiology: a biopsychosocial view of peptic ulcer. *Psychosomatic Medicine*. 2000; 62(2): 176-185.

40. Kamani F, Mogimi M, Marashi SA, Peyrovi H, Sheikvatan M. Perforated peptic ulcer disease: mid-term outcome among Iranian population. *Turk J Gastroenterol*. 2010; 21(2): 125–128.

## DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS E CIRURGIAS BARIÁTRICAS

MATEUS PAES BARRETO LÓSSIO<sup>1</sup>; ANA LAÍSA ANDRADA OLIVEIRA<sup>1</sup>; KATIANE SOUZA BENÍCIO <sup>1</sup>; MARIA LAURA CORREIA AMORIM<sup>1</sup>; MARIA SOFIA MONTEIRO CARNEIRO LEÃO<sup>1</sup>; MAURÍCIO DA CRUZ CASTRO JÚNIOR<sup>2</sup>.

1- Graduando do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde.

2 - Médico Graduado pelo Centro Universitário do Pará.

Artigo submetido em: 29/02/2020.

Artigo aceito em: 13/03/2020.

Conflitos de interesse: não há.

E-mail para contato: maucastro@gmail.com

### Resumo

A cirurgia bariátrica ocupa importante espaço no arsenal terapêutico da obesidade, seus resultados sobre a perda de peso e as comorbidades superam de longe a possibilidade de complicações futuras. Disfunções metabólicas e nutricionais pode ser consequência das alterações anatômicas e funcionais impostas pela cirurgia. Esse estudo busca na literatura médica conhecimento sobre cuidados necessários para propor o emagrecimento saudável com a gastroplastia, prevenindo e tratando as complicações nutricionais. O estudo consta de uma pesquisa exploratória e descritiva para a composição de uma estratégia de cuidados pós-operatórios e suplementação alimentar.

**Palavras-chave:** Deficiências nutricionais; Cirurgia bariátrica; Estado Nutricional.

### Abstract

Bariatric surgery deserves an important place in the therapeutic arsenal of obesity, the results on weight loss and comorbidities far outweigh the possibility of future complications. The metabolic and nutritional dysfunctions may be a consequence of the anatomical and functional changes imposed by surgery. This study seeks in the medical literature knowledge about care needed to propose healthy weight loss with gastropasty surgery, preventing and treating nutritional complications. This study consists of an exploratory and descriptive research for the composition of a strategy of postoperative care and food supplementation.

**Keywords:** Deficiency Diseases; Bariatric Surgery; Nutritional Status.

### Introdução

A cirurgia bariátrica (CB) ganhou espaço e notoriedade como opção terapêutica segura para o tratamento da obesidade severa, porém não está isenta de complicações nutricionais. Pacientes e médicos devem ficar atentos para essa possibilidade durante a evolução pós-cirúrgica, pois algumas carências nutricionais podem ser anteriores à cirurgia <sup>(1)</sup>.

Apesar de parecer paradoxal, é frequente a ocorrência de deficiência nutricional em indivíduos obesos ou com sobrepeso. Com a excessiva ingestão de alimentos calóricos, o consumo de nutrientes essenciais a uma refeição balanceada fica negligenciado <sup>(1)</sup>.

As deficiências de vitaminas e minerais após a cirurgia bariátrica são frequentes, e podem tornar-se clinicamente significativas se não forem reconhecidas e tratadas eficaz e precocemente, com suplementação específica <sup>(1)</sup>.

A principal origem dos micronutrientes necessários para homeostase orgânica é a alimentação balanceada. Contudo, a vida moderna contribui para hábitos alimentares não saudáveis, o que interfere no controle do peso e estimula a deficiência nutricional <sup>(1)</sup>.

A possibilidade de depleção de micronutrientes é elevada nas técnicas cirúrgicas com componente disabsortivo, pois a absorção de nutrientes fica comprometida. Para minimizar esse risco, é sugerida a

suplementação polivitamínica e exigido o seguimento clínico periódico com medição dos marcadores plasmáticos<sup>(2)</sup>.

Outros fatores que contribuem para o surgimento de deficiências nutricionais são: a intensidade de peso perdido, a rapidez como se deu a perda e a não observância às orientações nutricionais e clínicas sugeridas pela equipe interdisciplinar que está tratando o paciente<sup>(2)</sup>.

## Metodologia

Esta revisão bibliográfica ambiciona atualizar o conhecimento sobre a evolução nutricional e metabólica a longo prazo, dos pacientes que se submeteram ao tratamento cirúrgico da obesidade. Assim se apreende na literatura médica recente os trabalhos que dialogam sobre as questões das deficiências de macro e micronutrientes mais prevalentes nos pacientes ex-obesos submetidos à gastroplastia.

É, portanto, o resumo do conhecimento atual sobre as deficiências nutricionais que surgem após a cirurgia bariátrica, destacando a busca de uma rotina nutricional, recomendações para monitoramento, suplementação vitamínico-mineral e a proposta de acompanhamento clínico a longo prazo.

Foram realizadas pesquisas sistemáticas em bancos de dados eletrônicos como PubMed e Elsevier no sentido de buscar artigos publicados nos últimos anos, com o uso das variáveis: “deficiência nutricional”, “deficiência vitamínica e mineral”, combinadas com “gastroplastia” e “cirurgia bariátrica” (em português e inglês).

## Resultados e Discussão

Obesidade é uma doença crônica de prevalência crescente que atingiu proporções preocupantes em todo o mundo, sendo assim considerado um problema de saúde pública nos países desenvolvidos e em desenvolvimento<sup>(3)</sup>. Apesar de ser caracterizada como um estado de superalimentação tem sido reconhecida como um fator de risco para a deficiência de diversos nutrientes<sup>(4)</sup>. É um transtorno patológico caracterizado pelo acúmulo excessivo de gordura, em níveis superiores ao necessário para o ótimo funcionamento orgânico. Surge em consequência do desequilíbrio energético. O excedente calórico é acumulado nas células adiposas que sofrerão hipertrofia ou

hiperplasia levando ao aumento do depósito de gordura corporal<sup>(5)</sup>.

Em decorrência do crescimento do risco de morbidade e mortalidade, associados à obesidade extrema, os pacientes que não alcançam uma significativa redução de peso com cuidados clínicos e farmacológicos poderão ser beneficiados com o tratamento cirúrgico<sup>(6)</sup>. A cirurgia se apresenta como uma ferramenta que poderá ser útil na redução de peso, entretanto mantê-lo estável em condição saudável exige uma mudança de hábitos que usualmente são difíceis de implementação e manutenção a longo prazo, em virtude de tais medidas se colocarem na contramão de costumes da população<sup>(7)</sup>.

As deficiências de micronutrientes são as principais ameaças ao sucesso da cirurgia bariátrica. A incorporação de micronutrientes ao corpo, a partir da alimentação, é a maneira adequada de manter os estoques corporais em níveis desejáveis. No paciente submetido à cirurgia bariátrica, as alterações impostas na anatomia e fisiologia digestiva exigem uma suplementação diária adequada de vitaminas e minerais para assegurar o aporte nutricional satisfatório de micronutrientes capaz de preservar o bom funcionamento dos processos de regulação do peso corporal<sup>(8)</sup>.

Os distúrbios nutricionais decorrentes da cirurgia bariátrica abrangem desde carências vitamínicas a manifestações de desnutrição calórico-proteica. Para evitar o agravamento dessas diferenças nutricionais é importante: **PREVER, PREVENIR e TRATAR**. A desnutrição proteica surge como o mais importante comprometimento nutricional em cirurgias disabsortivas. Pode estar presente em 13% dos obesos severos<sup>(9)</sup>. No pós-operatório tardio, mais de 4 anos, a carência protéica alcança até 6% de incidência<sup>(10)</sup>.

Os mecanismos fisiopatológicos que explicam as carências nutricionais após a cirurgia bariátrica podem ser didaticamente analisados em quatro etapas: 1) carência por ingestão deficiente ou intolerância, produzida pela restrição gástrica; 2) diminuição das secreções gástricas que são indispensáveis à absorção de vitaminas e minerais; 3) exclusão do duodeno e jejuno proximal na modificação anatômica prejudicando a absorção de cálcio, ferro e vitamina B1; 4) assinergia do bolo alimentar e secreções bilio-pancreáticas comprometendo a incorporação de nutrientes<sup>(8)</sup>.

**Proteínas** - A digestão das proteínas se inicia no estômago sob ação da pepsina e sua absorção acontece no duodeno em mais de 50%, sendo o restante ao longo de todo o intestino delgado. A carência pode advir de restrição, intolerância, dificuldade de mastigação, deficiência enzimática ou a associação entre elas. Aos pacientes bariátricos, é recomendada uma ingestão diária de 60 a 120g de proteínas, contudo poucos pacientes atingem essa meta <sup>(1)</sup>. A primeira manifestação clínica de carência proteica pode ser a queda de cabelo, porém outros sinais como edemas, anemia e hipoalbuminemia podem acontecer <sup>(8)</sup>. O controle alimentar rigoroso evita a deficiência proteica, contudo alguns pacientes necessitam de suplementações específicas modulares, enquanto outros exigem reposição parenteral e até cirurgias revisórias.

**Carboidratos** - A absorção de carboidratos acontece no duodeno e jejuno proximal (100 cm). Após a cirurgia bariátrica, a absorção fica prejudicada em função de uma área reduzida para absorção e a diminuição do contato das enzimas pancreáticas com os polissacarídeos <sup>(11)</sup>.

**Lipídios** - Em condições fisiológicas normais, os lipídios ao chegarem ao duodeno estimulam a secreção de colecistocinina que os emulsifica, facilitando sua absorção. Após a CB, as enzimas lipolíticas ficam reduzidas, afetando a hidrólise e a formação de micelas, inibindo a absorção lipídica. Essa disabsorção é responsável pela esteatorreia, diarreias crônicas e diminuição dos níveis séricos das vitaminas lipossolúveis (A-D-E-K) <sup>(12)</sup>.

**Tiamina (Vit. B1)** - É uma coenzima que atua em diversos processos metabólicos e sua deficiência é a maior complicação nutricional entre os micronutrientes, podendo acometer até 50% dos pacientes pós-gastroplastia <sup>(11)</sup>. No pré-operatório, já acomete 15% dos pacientes obesos, embora assintomáticos. As manifestações clínicas em indivíduos susceptíveis incluem comprometimento neurológico grave que necessita de atendimento hospitalar com urgência, como visto na encefalopatia de Wernicke <sup>(11)</sup>.

A dosagem sérica baixa de tiamina pode aparecer 2 meses após a cirurgia, e a suplementação básica deve conter a dose de 50 a 200 mg ao dia, oral <sup>(13)</sup>. A falha terapêutica pode acontecer em virtude de crescimento exuberante da flora bacteriana intestinal,

que compromete a absorção da vitamina <sup>(12)</sup>. Situações especiais como vômitos persistentes ou diarreia podem exaurir as reservas de tiamina. Alcoolismo e infusão venosa generosa de glicose podem desencadear o quadro de encefalopatia, sua complicação mais temida <sup>(12,14)</sup>.

**Riboflavina (Vit. B2)** - Também participa de diversos processos bioquímicos, porém a sua deficiência tem pouca manifestação clínica (dermatite escamosa, estomatite) <sup>(15)</sup>. Sua dose diária recomendada é 10 a 15 mg via oral.

**Niacina (Vit. B3)** - Assim como a vitamina B2, a Niacina tem poucas manifestações clínicas evidentes: ansiedade, depressão, alucinação e pelagra. O diagnóstico da carência é laboratorial e confirmado pela prova terapêutica com desaparecimento dos sintomas após a reposição. O tratamento é feito com 100 a 500 mg, 3 vezes/dia, oral <sup>(16)</sup>.

**Ácido Pantotênico (Vit. B5)** - Sua carência se manifesta com sinais e sintomas inespecíficos: depressão, infecções e hipotensão. Duas a quatro gramas diárias, oral, conseguem manter níveis saudáveis <sup>(15,16)</sup>.

**Biotina (Vit. B7)** - Não há manifestações importantes na sua deficiência e 20mg/dia mantêm nível estável <sup>(15,16)</sup>.

**Piridoxina (Vit. B6)** - A deficiência de piridoxina causa neuropatia periférica, confusão mental e dermatite. Não há muitos relatos de complicações por carência dessa vitamina após as CB <sup>(17)</sup>. A dose de reposição é 30mg diárias, oral.

**Ácido fólico (Vit. B9)** - Ácido fólico ou folato é uma vitamina hidrossolúvel do complexo B. É cofator essencial na conversão de aminoácidos, síntese de DNA e na formação eritrocitária. A carência de folato deve-se a redução alimentar de frutas e legumes, muitas vezes rejeitados pelos pacientes operados. Suas principais complicações são associadas ao defeito do tubo neural nos fetos de mulheres submetidas à CB e a anemia megaloblástica. O tratamento da deficiência de folato requer doses de 1 a 5mg diárias, oral <sup>(18)</sup>.

A deficiência de folato ocorre em 9 a 35% dos pacientes operados, apesar de ser evitável com suplementação básica de 400mcg diários <sup>(18)</sup>.

**Cianocobalamina (Vit. B12)** - É indispensável no funcionamento das células neurais e sua carência

se manifesta 2 a 3 anos após as CB. A deficiência acontece quando a sua absorção é prejudicada, podendo levar a problemas hematológicos, neurológicos e cardiovasculares. O diagnóstico da deficiência de vitamina B12 é feito pela baixa dosagem sérica, e a elevação do nível de ácido metil-malônico, possibilitando um diagnóstico precoce e evitando complicações<sup>(3,18)</sup>.

Anemias resultantes de déficit de vitamina B12 acontecem em 30% dos pacientes submetidos a gastroplastia do tipo *Bypass* Gástrico em Y de Roux (BPGYR) entre 1 e 9 anos após a cirurgia. Neuropatia periférica inespecífica pode ser outra manifestação. A dose necessária para reposição é de 500 a 2000mcg diários, via oral, podendo também ser suplementado via intramuscular (IM), 1000mcg mensais<sup>(18)</sup>.

**Vitamina A** - A deficiência de vitamina A resulta de ingestão deficitária e má absorção, frequentes em pós-operatório de CB. Compromete até 69% dos pacientes em quatro anos<sup>(19)</sup>. Será facilmente corrigida com suplementação oral de 5.000 a 10.000UI diárias.

**Vitamina D** - A vitamina D, por ser lipossolúvel, tem sua absorção prejudicada pela ação dos procedimentos disabsortivos. A prevalência de déficit de vitamina D no pré-operatório já atingia de 68% dos obesos<sup>(20)</sup>.

Outro fator que concorre para os baixos níveis de vitamina D é o sequestro desta no tecido adiposo e a baixa exposição ao sol. A vitamina D pode ser suplementada com 50.000UI, oral, três vezes por semana<sup>(21)</sup>.

**Vitamina K** - Sua atuação é essencial aos processos de coagulação sanguínea. É bem absorvido no jejuno-íleo, dependendo da flora bacteriana, e tem sua meia vida curta e baixos estoques, na falta de bile, necessária para sua absorção. Deverá ser suplementada mais rigorosamente quando o RNI (razão normalizada internacional) do TAP (tempo da atividade protrombínica) for superior a 1,4. A dose recomendada diária é 2,5 a 25 mg, oral, ou 5 a 15mg, IM<sup>(22)</sup>.

**Vitamina E** - Tocoferol - Atua no metabolismo lipídico. O uso de polivitamínicos habituais previne a deficiência da vitamina E, que quando presente pode produzir neuropatia periférica e oftalmológica. A reposição deverá ser progressiva até a normalização dos

níveis séricos, com doses diárias, orais, de 800 a 1200 UI<sup>(19)</sup>.

**Ferro** - Didaticamente é possível descrever a instalação da carência de ferro no organismo como um processo, considerando os estágios até a anemia se manifestar. Inicialmente acontece a depleção que afeta os depósitos de ferro. Na progressão, surge a deficiência de ferro que reflete a insuficiência do mineral, comprometendo a produção normal de hemoglobina, embora possa ainda não afetar a concentração desta. Finalmente, ocorre a anemia ferropriva, que é caracterizada pela redução dos níveis de hemoglobina e danos à saúde<sup>(22)</sup>. A ferritina sérica é um marcador dos depósitos teciduais de ferro, e a sua dosagem sérica avalia as reservas desse mineral<sup>(15,22)</sup>.

Nas mulheres, o risco de anemia se agrava pela perda induzida pela menstruação. Sem complicações, a dose de reposição habitual de ferro é de 150 a 200mg diários, oral. Em casos graves, pode ser feito IM ou endovenoso (EV). A suplementação deve ser associada à vitamina C, que melhora sua absorção<sup>(22)</sup>.

**Zinco** - Atuando como antagonista do ferro e do cobre no metabolismo celular, o zinco reduz a produção de radicais livres. A deficiência se dá em casos de diarreia crônica e se manifesta com queda de cabelo, glossite e comprometimento de unhas e fâneros. Sua necessidade diária é de 220mg, administrados via oral<sup>(16)</sup>.

**Magnésio** - A hipomagnesemia é bem relatada após procedimentos bariátricos, principalmente quando em presença de diarreia. A suplementação polivitamínica habitual deverá conter a dose diária recomendada de magnésio (300mg para mulheres e 400mg para homens)<sup>(7)</sup>.

**Fósforo** - O fósforo pode ser encontrado em alimentos ricos em proteínas como carnes, leite e cereais, sendo absorvido em todo o intestino delgado, sob controle da vitamina D. A deficiência desse mineral é resultante de má nutrição, alcoolismo, hiperparatireoidismo, deficiência de vitamina D e má absorção gordurosa. A hiposfosfatemia poderá causar rabdomiólise, insuficiência respiratória, miopatias e disfunção do sistema nervoso<sup>(23)</sup>.

**Cálcio** - deficiência de cálcio e doença osteometabólica pode acontecer em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Esse dano acontece insidiosamente

mente em decorrência da baixa ingestão de cálcio na alimentação e ao desvio do duodeno e do jejuno proximal, locais de melhor absorção do cálcio; some-se ainda a má absorção de vitamina D<sup>(24)</sup>.

Observa-se que 29% dos pacientes tinham hiperparatireoidismo secundário e 0,9%, hipocalcemia, por volta do terceiro mês pós-BPGYR. Outros trabalhos mostram que a cirurgia bariátrica desenvolve deficiência de cálcio em 10 a 25% dos pacientes após dois anos e 25% a 48% após quatro anos de cirurgia<sup>(25)</sup>.

O carbonato de cálcio é a forma mais prescrita para suplementação, porém, devido a sua baixa disponibilidade na ausência de acidez gástrica, não seria a melhor opção.

A reposição com citrato de cálcio é preferida, pois sua absorção ocorre mesmo na ausência de ácido gástrico, porém seu custo é maior. A suplementação adequada de cálcio e vitamina D é bem avaliada quando os níveis séricos de cálcio, fosfatase alcalina, 25 (OH) vitamina D e a excreção de cálcio urinário (24h) estão normalizados. Mesmo assim, o paratormônio (PTH) pode manter-se elevado<sup>(25)</sup>.

**Cobre** - O cobre está presente em diversas formas de proteínas e pode ser absorvido em todo o intestino delgado. Níveis baixos de cobre no plasma podem predispor ao surgimento de anemia com pancitopenia. A terapêutica é iniciada com gluconato de cobre 2 a 4 mg/dia, via oral<sup>(26)</sup>.

**Manganês** - Não há estudos importantes relacionados a este mineral com a perda de peso após CB<sup>(16)</sup>.

**Cromo** - É desconhecida a forma como ocorre a deficiência de cromo após a CB. Há relatos de casos em que pacientes com nível sérico baixo de cromo desenvolveram perda de peso, neuropatia e alterações no teste de tolerância à glicose<sup>(16)</sup>.

**Selênio** - A deficiência de selênio induz ao aparecimento de cardiomiopatia (doença de Keshan). O tratamento consiste na reposição de 100mg/dia, via oral<sup>(26)</sup>.

**Vitamina C (ácido ascórbico)** - A concentração sérica de vitamina C é regulada pela absorção intestinal, acumulação tecidual e reabsorção renal. Atua como cofator de processos de cobre e ferro. A carência de vitamina C (escorbuto) se manifesta precoce-

mente quando cai sua concentração plasmática, porém não há uma correlação frequente com CB<sup>(26)</sup>.

### Conclusão

Diferentemente do que se pensa o indivíduo obeso não está nutricionalmente bem alimentado e já traz impresso em seu corpo deficiências protéicas, vitamínicas e minerais. Algumas dessas carências podem ser exacerbadas no pós-operatório da gastroplastia (cirurgia bariátrica), graças às alterações anatômicas e fisiológicas impostas pela técnica cirúrgica empregada no trato gastrointestinal.

Faz parte do cuidado pós-cirúrgico a recomendação da dieta nutricionalmente equilibrada, balanceada, e a prescrição de suplementação polivitamínica preventiva, porém ainda não há uma formulação adequada que contemple indistintamente todas as necessidades individuais de cada paciente.

O entendimento das apresentações das deficiências nutricionais é a melhor conduta para prevenir e tratá-las, devendo revertê-se em processo educativo para a equipe interdisciplinar e para o paciente.

Nos casos de carências nutricionais, o tratamento deve observar a dose potente e segura, bem como o período de uso do micronutriente e suas interações com outros elementos capazes de corrigir a deficiência e eliminar os sintomas.

### Referências

1. Malinowski AS. Nutritional and metabolic complications of bariatric surgery. *The American journal of the medical sciences*. 2006; 331(4): 219-225.
2. Alvarez-leite JI. Nutrient deficiencies secondary to bariatric surgery. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*. 7(5): 569-575.
3. Faria OP, Pereira VA, Gangoni C, Lins RD, Leite S, Rassi V, Arruda SLDM. Obesos mórbidos tratados com gastroplastia redutora com bypas gástrico em Y de Roux: análise de 160 pacientes. Brasília: Med. 2002; 39: 26-34.
4. Kaidar-Person O, Rosental RJ. Maltmetrition in Morbidly Obese patients: fact or fiction. *Minerva chirurgica*. 2009; 64 (3): 297-302.

5. Bray GA. Risks of obesity. *Endocrinol Metab. Clin N. Am* 2003; 32:787-804.
6. Aace, Tods, Asmb. Bariatric surgery guidelines. *Surgery for obesity and related diseases* 2008; 5(4): 109-184.
7. Villela NB, Neto OB, Curvello KL, Paneili BE, Seal C, Santos D, Cruz T. Quality of life of obese patients submitted to bariatric Surgery. *Nutri Hosp.* 2004; 19(6): 367-71.
8. Jeffrey MRFK, Surgeman MJ, Gozales CM, Collozo-Clovell ML. Surgery Medical Guide Lines for clinical practice for the perioperative nutritional metabolic and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *Obes. Relat Dis.* 2008; 4: 109-184.
9. Brolin RE, LaMarca LB, Kenler HA, Cody RP. Malabsorptive gastric bypass in patient with superobesity. *J. Gadstrointest Surg* 2002; 6(2): 195-201.
10. Stroubis G, Sakellaropoulos G, Pougouras K, Med N, Nikiforidis G, Kalfarentzos F. Comparison of nutritional deficiencies after Roux-en-Y gastric bypass and after biliopancreatic diversion with Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg* 2002; 12(4): 551-558.
11. Carrodegua J, Kaidar-Person O, Szmstein S, Antozzi P, Rosenthal R. Preoperative thiamine deficiency in obese population undergoing laparoscopic bariatric surgery. *Surg. Obes. Relat. Dis.* 2005; 1(6): 517-522.
12. Salas-Salvadó J, Garcia-Lordal P, Cuatrecasas G, Bonada A. Wernicke's syndrome after bariatric surgery. *Clinical Nutrition.* 2000; 19(5): 371-373.
13. Andrés L, Loukeli LH, Noel E, Kaltenbach G, Abdelgheni MB, Perrin AE et al. Vitamin B12 (cobalamin) deficiency in elderly patients. *Can. Mét. Assoc. J.V.* 2004; 171(3): 251-259.
14. Clayton PT. B6-responsive disorders: a model of vitamin dependency. *J. Inherit Metab. Dis.* 2006; 29(2-3): 317-326.
15. Madan AK, Orth WS, Techasky DS, Temrmovits CA. Vitamin and trace mineral levels after baparoscopic gastric bypass. *Obes surg.* 2006; 16(5): 603-606.
16. Aills L, Blankenship J, Buffington C, Furtasdo M, Parrott J, Asmb. Health Nutritional Guidelines for the surgical weight loss patient. *Surg. Obs. Relat Dis.* 2008; 4(5) 73-108.
17. Toh SY, Sarhenas N, Jorgensen J. Prevalence of nutrient deficiencies in bariatric patients. *Nutrition.* 2009; 25(11-12): 1150-1156.
18. Carmel R, Green R, Rosenblatt DS, Watkins D. Update on cobalamin, folate, and homocysteine. *Hematology (Am Soc Hematol Educ program).* 2003; 2003(1): 62-81.
19. Ponsky TA, Brody F, Pucci E. Alterations in gastrointestinal physiology after Roux-em Y gastric bypass. *J. Am Coll Surg.* 2005; 201(1): 125-131.
20. Flancbaum L, Esley S, Drake V, Colarusso T, Tayler E. Preoperative nutritional status of patients undergoing roux-en-Y. *Gastric Bypass for morbidobesity. Journal of Gastrointestinal Surgery.* 2006; 10(7):1033-1037.
21. Worstman J, Matsuoka LY, Chen TC, Lu Z, Hollick MF. Decreased bioavailability of vitamina D in obesity. *Am J Clin Nutr.* 2000; 72(3): 690-693.
22. Paiva AA, Rondó PHC, Guerra-Shinohara EM. Parâmetros para avaliação do estado nutricional do ferro. *Rev. Saúde Pública.* 2000; 34(4): 421-426.
23. Parkers E. Nutritional management of patients after bariatric surgery. *Am J Med Sci.* 2006; 331(4): 207-213.
24. Ott MT, Fanti P, Malluche HH, Ryo UY, Whaley FS, Strodel WE, Colacchio TA. Biocheminal evidence of metabolic boné diseaseinwomen following Roux-Y gastric bypass for morbid obesity. *Obes Surg* 1992; 2(4): 341-348.
25. Diniz MDFHS, Diniz MTC, Sanches SRA, de Almeida Salgado PPC, Valadão MMA, Araújo FC, Rocha AL. S.Elevated serum parathormone after Roux-en-y gastric bypass. *Obes Surg.* 2004; 14(9): 1222-1226.
26. Bloomberg RD, Fleischman A, Nalle JF, Herron DM, Kini S. Nutritional deficiencie following surgery: what have we learned? *Obes Surg.* 2005; 15 (2): 145-154.



## O CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE UMA UNIVERSIDADE PRIVADA DE BELÉM-PA ACERCA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

LARISSA OLIVEIRA DOS SANTOS<sup>1</sup>; LENA DO SOCORRO BOUCAO SANTANA<sup>1</sup>; SHALOENNE PALHETA CORDEIRO<sup>1</sup>; HALLESSA DE FATIMA DA SILVA PIMENTEL<sup>2</sup>.

1- Graduada em Enfermagem da UNAMA ALCINDO CACELA.

2 - Docente de Enfermagem da UNAMA ALCINDO CACELA.

Artigo submetido em: 22/03/2020.

Artigo aceito em: 29/03/2020.

Conflitos de interesse: não há.

E-mail para contato: Larisants@gmail.com

### Resumo

Um dos principais fatos decorrente do grande número de jovens com IST é a falta de percepção da própria vulnerabilidade ocasionada por vezes pela falta do conhecimento. A Universidade é o universo para dialogar com diversos saberes a mesma tem responsabilidade social com a comunidade formar profissionais qualificados que saibam acerca das IST. Muitos desses profissionais estarão atuando na atenção primária à saúde e diversos setores onde vivenciaram casos clínicos de IST e precisarão ter o conhecimento de qual conduta tomar. Investigar o conhecimento de discentes de uma universidade privada acerca das infecções sexualmente transmissíveis (IST). Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa. Dos n° 100 (cem) estudantes que participaram da pesquisa 74% são do sexo feminino e 26% ao sexo masculino, a maioria dos participantes 59% apresentava idade entre 18 a 27 anos, cursavam enfermagem 35%, a maioria entre 6° ou 10° semestre, 69% são solteiros, 20% casados, 11% união estável, a principal fonte de informação foi a internet 38%, orientação dos professores 52%, livros 40%, usavam preservativo em todas as relações sexuais 68%, mantém o parceiro fixo 47%, usam preservativo em apenas algumas relações sexuais 22%, faz uso de anticoncepcionais como forma de prevenção 2%, usam preservativo para prevenir doenças 99%, para evitar gravidez 62%, para ser mais higiênico 19%, Por exigência do parceiro (a) 7%, apontam que deve ser observada a validade do preservativo 97%, a confiança no parceiro (a) é o principal motivo para não utilizarem o preservativo 76%, indicou a diminuição do prazer 26%, incômodo ou dor 20%, a falta de aceitação do parceiro (a) 14%, quanto ao número de parceiros sexuais que tiveram nos últimos 6 meses 85% tiveram 1 ou 2 parceiros nesse período, sobre os sintomas relacionados com as IST 48% tiveram dor ou ardência ao urinar, procuram ajuda médica 62%, se automedicou 18%, buscou ajuda da família 5%, buscou a ajuda de amigos 1%, não apresentaram sintomas 26%, Responderam que a melhor forma de se obter um diagnóstico é a realização de exames médicos 98%, e a presença de sintomas como dor, coceiras e corrimento são o suficiente para detectar uma IST 58%, HIV/AIDS é a IST mais conhecida 99%, outras IST foram menos citadas. O conhecimento dos estudantes sobre IST, no geral foi bom, os acadêmicos indicam uma quantidade expressiva de participantes do sexo feminino, a internet foi a principal fonte de informação. O uso do preservativo é a medida mais eficaz contra o contágio por IST e para garantir a eficácia do uso deve ser seguida as orientações de uso correto. Confiar no parceiro é um dos motivos do não uso de preservativo segundo esta pesquisa. Estudos observaram que há uma correlação entre o aumento de chance de infecção por IST com a quantidade de parceiros concomitantes. Dentre os sintomas mais comuns apresentados pelos estudantes foi dor ou ardor ao urinar, corrimentos, verrugas e ferimentos, a maioria dos participantes busca ajuda médica diante desses sintomas. Conclui-se que os acadêmicos dos cursos de ciências Biológicas e da saúde tem conhecimento médio acerca das IST, sabem identificá-las pelos sinais e sintomas e buscam tratamento com a equipe médica, em relação a prevenção grande parte dos participantes desta

pesquisa fazem uso de preservativo. A Universidade tem importante papel na disseminação do conhecimento contribuindo para formação acadêmica de seus discentes e para a sociedade como um todo.

**Palavras-chave:** Infecções Sexualmente Transmissíveis. Prevenção. Conhecimento de universitários. Educação em saúde.

## Abstract

One of the main facts resulting from the large number of young people with STIs is the lack of perception of their own vulnerability, sometimes caused by the lack of knowledge. The University is the universe to dialogue with different types of knowledge, it has social responsibility with the community, and training qualified professionals who know about STIs. Many of these professionals will be working in primary health care and in various sectors where they have experienced clinical cases of STIs and will need to have the knowledge of what conduct to take. **Objective:** To investigate the knowledge of students of a private university about sexually transmitted infections (STIs). This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. Of the 100 (one hundred) students who participated in the research, 74% are female and 26% male, the majority of participants - 59% were aged between 18 and 27 years old, 35% were in nursing, most between 6th or 10th semester, 69% are single, 20% married, 11% in a stable relationship, the main source of information was the internet 38%, teacher guidance 52%, books 40%, used condoms in all sexual relations 68%, keeps the partner steady 47%, use condoms in just a few sexual relations 22%, use contraceptives as a form of prevention 2%, use condoms to prevent diseases 99%, to avoid pregnancy 62%, to be more hygienic 19%, due to the requirement of the partner (a) 7%, they point out that the validity of the condom must be observed 97%, trust in the partner is the main reason for not using the condom 76%, indicated a decrease in pleasure 26%, uncomfortable or pain 20%, the lack of acceptance of the partner (a) 14%, regarding the number of sexual partners who had in the last 6 months 85% had 1 or 2 partners in that period, about the symptoms related to STIs 48% had pain or burning sensation when urinating, seek medical help 62%, self-medicated 18%, sought help from family 5%, sought help from friends 1%, had no symptoms 26%, Responded that the best way to get a diagnosis is to carry out medical tests 98%, and the presence of symptoms such as pain, itching and discharge are the enough to detect an STI 58%, HIV / AIDS is the best known STI 99%, other STIs were less cited. The students' knowledge about STI, in general, was good, academics indicate a significant number of female participants, the internet was the main source of information. The use of condoms is the most effective measure against contagion by STIs and to ensure the effectiveness of use, the correct use guidelines must be followed. Trusting the partner is one of the reasons for not using a condom according to this research. Studies have observed that there is a correlation between the increased chance of STI infection and the number of concomitant partners. Among the most common symptoms presented by students was pain, burning when urinating, secretions, warts and injuries, most participants seek medical help in the face of these symptoms. It is concluded that the students of Biological and Health Sciences courses have average knowledge about STIs, know how to identify them by signs and symptoms and seek treatment with the medical team, in relation to prevention, most of the participants in this research do condom use. The University has an important role in the dissemination of knowledge, contributing to the academic education of its students and to society as a whole.

**Keywords:** Sexually Transmitted Infections. Prevention. Knowledge of university students. Health education.

## Introdução

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são transmitidas, predominantemente, por meio do contato sexual (oral, vaginal, anal) sem o uso de preservativos masculina ou feminina, com uma pessoa que esteja infectada. Estas são causadas por vírus, bactérias, fungos e protozoários. Outras formas de transmissão podem ocorrer, ainda, da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação até mesmo pelo contato de mucosas ou pele não

íntegra com secreções corporais contaminadas (BRASIL, 2020).

O termo "DST" (doenças sexualmente transmissíveis) mudou para "IST" (infecções sexualmente transmissíveis), visto que a denominação "D", de 'DST', vem de doença, que implica em sinais e sintomas visíveis no organismo humano. Já as 'infecções' podem ter períodos assintomáticos (herpes genital, sífilis e HIV, por exemplo) ou se mantêm assintomáticas durante toda vida (casos de infecções pelo vírus

do herpes e HPV) e são somente detectadas por exames laboratoriais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Devido à gravidade e à dificuldade de acesso ao tratamento apropriado, as IST se tornaram um problema de saúde pública. A incidência global das IST foi estimada em 357,4 milhões de casos novos curáveis no mundo, entre a faixa etária de 15 a 49 anos, em sua maioria nos países em desenvolvimento. No Brasil, as IST estão entre os 10 motivos mais frequentes de procura por serviços de saúde, causando grandes consequências de natureza social, econômica e sanitária. A deficiência no acesso aos serviços de saúde efetivos e confiáveis repercutem no aumento das IST, essas infecções constituem uma considerável perda econômica, causadas pelo binômio saúde-doença (PINTO *et al.*, 2018).

As informações sobre a prevalência de IST entre a população são escassas, uma vez que as únicas infecções que estão na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública- Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan são sífilis, hepatites virais e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), assim não ocorrendo a obrigatoriedade do relato das outras IST (NERY *et al.*, 2015).

Uma grande parte de pessoas infectadas com IST são universitários, segundo estudos, esses acadêmicos tem o conhecimento da importância dos preservativos, que podem adquirir algum tipo de IST, como sífilis e condiloma acuminados. Percebe-se que o preservativo é o mais citado e conhecido através das mídias com propagandas do ministério da saúde. Com a falta de um número maior de programas de ensino específico em relação as IST para que esses jovens possam conseguir conhecimento específico, acarretando o fortalecimento dos métodos de prevenções e uso adequados de contraceptivos, para que juntos possamos combater ou diminuir esse número de pessoas infectadas (CARDOSO *et al.*, 2017).

## Metodologia

A pesquisa realizada foi do tipo descritiva, transversal com abordagem quantitativa. Segundo o autor Garces (2010), a pesquisa descritiva-quantitativa faz parte da pesquisa empírico-analítica, pois tem uma característica bastante quantitativa que para Martins (2000), são abordagens que apresentam

em comum a utilização de técnicas de coleta, tratamento e análises de dados nitidamente quantitativos.

A pesquisa descritiva é um método que observa, registra, analisa, descreve e correlaciona fenômenos e fatos sem alterá-los (GARCES, 2010) e para Martins (1994), a pesquisa descritiva tem como objetivo principal descrever determinada população ou fenômeno.

A pesquisa quantitativa é utilizada quando se quer medir opiniões, reações, sensações, hábitos e atitudes de um determinado público alvo através de uma amostra que o represente de forma estatisticamente comprovada (MANZATO, 2012). Esse tipo de pesquisa só tem sentido quando há um problema muito bem definido e há informação e teoria a respeito do objeto de conhecimento (SILVA, 2005).

O estudo foi realizado na plataforma FORMS da GOOGLE, questionário Forms, em dezembro/2020, com discentes dos cursos de graduação pertencentes à área do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde-CCBS (Enfermagem, Biomedicina, Nutrição, Odontologia, Fonoaudiologia e Medicina Veterinária) da Universidade da Amazônia campus Alcindo Cacela, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Amazônia.

O estudo contou com uma amostra de 100 (cem) universitários dos cursos (Enfermagem, Biomedicina, Nutrição, Odontologia, Fonoaudiologia e Medicina Veterinária) do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS a partir do cálculo amostral probabilístico  $n = 97,560$  e levando-se em consideração os critérios de inclusão e exclusão.

O trabalho foi submetido no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade da Amazônia (UNAMA), recebendo o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) N° 38716020.2.0000.5173 e aprovado sob o Parecer Consubstanciado nº 4.477.559.

## Resultados e Discussão

Dos 100 discentes que participaram da pesquisa, 74% ( $n = 74$ ) pertenciam ao sexo feminino e 26% ( $n = 26$ ) ao sexo masculino, com diferenças significativas nas proporções ( $p = 0,0001$ ), revelando o predomínio de participação do sexo feminino. A maioria dos participantes 59% ( $n = 59$ ) apresentavam idade entre 18-27 anos (Tabela 01) e 72% ( $n = 72$ ) cursavam

## O Conhecimento de Acadêmicos de uma Universidade Privada de Belém-PA acerca das Infecções Sexualmente Transmissíveis

Enfermagem 35% (n= 35) ou outros cursos da área biológica ou da saúde (Gráfico 01), a maioria entre o 6º e 10º semestre. A maioria 69% (n= 69) dos jovens eram solteiros, 20 % (n= 20) casados e 11% (n= 11) em União Estável.

Tabela 1. Distribuição dos estudantes por faixa etária e médias de idade por faixa etária.

Faixa Etária	Frequência	Porcentagem (%)
18 - 27	59	59
28 - 37	19	19
38 - 47	18	18
Acima de 47 anos	4	4
Total	100	100

Acerca do conhecimento geral sobre as ST, questões onde os estudantes puderam optar por mais de uma alternativa, sendo que as porcentagens para cada alternativa considerou o total de estudantes que as marcaram. Ao responder sobre as principais fontes de informação, as principais elencadas foram: internet 78% (n= 78), orientações dos professores 52% (n= 52) e livros 40% (n= 40). Em relação à prevenção, os estudantes foram indagados sobre quais as medidas mais eficazes que utilizam para evitar o contágio por ISTs, e 68% (n= 68) responderam que utilizam preservativos em todas as relações sexuais e 47% (n= 47) mantém um parceiro fixo como forma de evitar as infecções, 22% (n= 22) respondeu que utiliza preservativos em apenas algumas relações sexuais e 2% (n= 2) respondeu que faz uso de anticoncepcionais como medida preventiva.

Ao responderem sobre a importância da utilização do preservativo, questão onde também os estudantes puderam optar por mais de uma alternativa, 99% (n= 99) responderam que utilizam para prevenir doenças, 62% (n= 62) para evitar gravidez, 19% (n= 19) para ser mais higiênico e 7% (n= 7) informou que utiliza por exigência do parceiro ou parceira.

Acerca das medidas que devem ser tomadas para garantir a eficácia do uso do preservativo, questão onde os estudantes também puderam optar por mais de uma alternativa, 97% (n= 97) apontaram que deve ser observada a validade

do produto, 65% (n= 65) que devem ser seguidas rigorosamente as orientações da embalagem para evitar rasgos e entrada de ar entre o preservativo e a pele e 1% (n= 1) indica que devem ser utilizados 2 (dois) preservativos juntos. E quando perguntados sobre os motivos que o fazem abandonar o uso de preservativos, a maioria 76% (n= 76) dos jovens responderam que a confiança no parceiro ou parceira é o principal motivo para não utilizarem o preservativo, 26% (n= 26) indicou a diminuição do prazer, 20% (n= 20) o incômodo ou dor, 14% (n= 14) a falta de aceitação do parceiro ou parceira, uma pequena parcela dos participantes apontou o consumo de álcool 7% (n= 7) e 5% (n= 5) informou que nunca abandonou o uso do preservativo.

Quando perguntados sobre o número de parceiros sexuais que tiveram nos últimos 06 (seis) meses, 85% (n= 85) respondeu que apenas 1 ou 2 parceiros para esse período. E quando perguntados sobre quais sinais e sintomas relacionados com IST já apresentaram a maioria 48% (n= 48) indicou a dor ou ardência ao urinar (Gráfico 01) e quando perguntados sobre que atitudes foram tomadas, 62% (n= 62) procurou atendimento médico e 18% (n= 18) se automedicou, 5% (n= 5) buscou ajuda da família, 1% (n= 1) buscou ajuda de amigos e 26% (n= 26) não apresentou sintomas.

Gráfico 01 - Principais sinais e sintomas apresentados pelos estudantes ao longo da vida sexual.



Em relação às melhores formas de se obter um diagnóstico sobre uma IST, 92% (n=

92) responderam que a partir de exames solicitados pelos médicos, sendo que 58% (n= 58) citaram que a presença de sintomas como dor, coceira e corrimento já são informações suficientes para um diagnóstico. E quando perguntados como se contrai uma IST, 82% (n= 82) apontou que manter relações sexuais sem preservativo como motivo principal.

O conhecimento dos estudantes sobre as IST, no geral, foi bom, destacando-se que a maioria tinha os entendimentos corretos sobre sinais, sintomas e as formas de transmissão das IST. Spindola *et al.* (2020) faz um destaque acerca das lacunas de conhecimento sobre o assunto que existem entre os grupos de jovens, onde muitos demonstram não possuir qualquer conhecimento sobre as IST, esses jovens constituem, portanto, o grupo de maior vulnerabilidade para contrair uma infecção. Os autores enfatizam ainda que esse tipo de pesquisa possa evidenciar a necessidade de intervenção junto à esses grupos em ambiente acadêmico.

Os estudos indicaram uma quantidade expressiva de participantes do sexo feminino. Resultados similares foram encontrados por Borges *et al.* (2015), que percebeu que a proporção de mulheres é maior quando se analisa perfis de jovens relacionados as áreas de saúde, em corroboração a esse estudo. Comumente, o que ocorre é não haver diferenças significativas entre sexo masculino e feminino, como o trabalho Spindola *et al.* (2018), que encontrou proporções iguais entre os gêneros. Então, de forma geral as proporções são esperadas iguais, mas quando se trata da área de saúde a tendência é haver mais mulheres do que homens.

A internet foi indicada como principal fonte de informações na presente pesquisa. Castro *et al.* (2016) aponta que, apesar do acesso a informações, 80 % dos estudantes entrevistados apresentavam dúvidas sobre o assunto, demonstrando que a busca de informações de forma isolada e não sistemática pode não ser a estratégia

mais eficaz para a educação sexual de jovens, sendo necessária uma abordagem mais efetiva e direcionada tanto para a sua formação profissional, já que a maioria dos estudantes envolvidos na pesquisa são da área de biológicas e saúde, quanto para a vida pessoal com a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

O uso de preservativos é a medida mais eficaz contra o contágio por IST, prevenindo não só as infecções como gravidezes não planejadas e para garantir a eficácia do uso do preservativo devem ser seguidas as orientações de uso corretamente. Concordando com os dados obtidos nessa pesquisa que indica a consciência dos jovens em manter relações sexuais seguras, Spindola *et al.* (2017) ao pesquisar sobre práticas sexuais e uso de preservativos junto a estudantes de enfermagem detectou que a maioria 52% não tem parceiro fixo e que 58% utiliza preservativos nas relações sexuais com seus parceiros fixos e 42% dos jovens utilizam preservativos durante as relações sexuais. No presente estudo as proporções de jovens que não utilizam preservativos é de 22%. Castro *et al.* (2016) identificou em seu estudo que apenas 30% dos estudantes entrevistados fazia uso constante de preservativos e menos de 20% fazia o uso adequado. Desse modo, percebe-se que deve ser dada especial atenção às altas proporções jovens que não utilizam preservativos durante as relações sexuais, apesar de não ser a maioria é uma quantidade considerável passível de infecção devido aos conhecimentos precários e insuficientes.

Algumas situações levam as pessoas a abandonar o uso de preservativos uma vez que consideram a confiança no parceiro como elementar nesse contexto. Além disso, há relatos sobre a diminuição do prazer, incômodo ou dor e até mesmo a falta de aceitação do parceiro ou parceira como motivo para não utilizar o preservativo, apesar de reconhecerem que manter relações sexuais sem preservativo é uma das principais formas de contágio por IST, assim como a

quantidade de parceiros sexuais pode interferir nas chances de contágio. Segundo a OMS, um comportamento sexual promíscuo ocorre quando são mantidas relações sexuais com 3 pessoas ou mais em período de 12 meses. Plutarco *et al.* (2019) ao estudar a influência da confiança do parceiro na decisão do uso do preservativo verificou que há grande inconsistência no uso do preservativo com parceiros estáveis, sendo considerado um comportamento de risco, devido a vulnerabilidade a que se sujeita a pessoa submetida a uma relação (des)conhecidamente promíscua. Fonte *et al.* (2017) enfatiza o aumento de casos de AIDS entre jovens homens homossexuais, a impossibilidade de gravidez torna a relação menos propensa a utilização de preservativos. Outras situações de risco apontadas são o uso de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, devido a alteração dos níveis de consciência dos usuários, que passam a não ter discernimento sobre certo e errado e podem ficar vulneráveis a situações de riscos (PLUTARCO *et al.*, 2019; FONTE *et al.*, 2017). Apesar do presente estudo apresentar baixa porcentagem para esse fator (uso de bebida alcoólica), muitos participantes mencionaram tal risco em conversas informais sem assumir diretamente na pesquisa, demonstrando mais ainda o risco da situação devido ao negacionismo comportamental de que o uso de bebidas e consumo de ilícitos possa afetar suas tomadas de decisão.

Castro *et al.* (2016) em seus estudos observaram que há uma correlação entre o aumento das chances de infecção por IST com a quantidade de parceiros e de parceiros concomitantes, ou seja, quanto maior o número de parceiros maiores as chances de contágio, principalmente se houver rotatividade de parceiros. Além disso, os autores apontam que a eficácia do uso dos preservativos só pode estar garantida se for utilizado corretamente. Assim, pode-se inferir acerca da necessidade de disponibilizar maiores informações sobre IST, formas de contágio e de prevenção junto aos universitários a fim de gerar

sensibilização e conscientização quanto aos cuidados com a saúde.

Os sintomas mais comuns apresentados pelos estudantes foram a dor ou ardência ao urinar, coceiras, secreções, verrugas e ferimentos e quase a totalidade dos participantes da pesquisa respondeu que a busca por atendimento médico é a forma mais eficaz e segura de se obter diagnóstico e tratamento. Nesse contexto, Spíndola *et al.* (2017) falam da necessidade de melhor preparo de profissionais de saúde, para que sejam adequadamente capacitados para lidar com o público mais jovem e também mais vulnerável pela pouca experiência e vulnerabilidade. Dessa forma, os serviços de saúde pública devem ser chamados a estabelecer estratégias de cuidado que incluam os jovens em seus programas de forma diferenciada de modo a perceber as reais necessidades e fornecer os melhores encaminhamentos.

E para finalizar, dentre as IST mais citadas a AIDS foi apontada pela quase totalidade dos estudantes. Em corroboração aos estudos, Carvalho *et al.* (2018) e Da Fonte *et al.* (2018) obtiveram resultados similares, quando a AIDS foi apontada por 73% e 98% dos participantes da pesquisa, respectivamente. Contudo, as demais infecções como a clamídia, o HPV e o Herpes, ainda permanecem pouco conhecidas pelos estudantes universitários apesar da alta incidência e prevalência (SALES *et al.*, 2016). Esses resultados indicam a necessidade de melhoramento das ações em educação em saúde para ampliar o conhecimento discente acerca do assunto, o que pode impactar diretamente na qualidade de vida e enriquecimento profissional.

## Conclusão

Com os estudos foi possível estabelecer o perfil demográfico e acadêmico dos discentes participantes da pesquisa; que se apresenta majoritariamente sendo do sexo feminino, na faixa etária de 18 a 27 anos, cursando entre o 6º e 10º do curso de enfermagem.

Em geral apresentam um conhecimento básico acerca das IST como sinais e sintomas, formas de transmissão e prevenção, assim como medidas que devem ser tomadas ao se reconhecer uma possível infecção.

Os estudantes tem a internet como principal fonte de informações sobre IST e indicam como principais sinais e sintomas dessas infecções a presença de coceira e corrimento branco amarelado, dor pélvica, dor ou ardência ao urinar ou durante as relações sexuais, como a presença de verrugas genitais, ferimentos e das ínguas. Além disso, se identificam como capazes de reconhecer tais sinais e sintomas em si, tomando como medida a necessidade de consultas médicas e exames laboratoriais para confirmação de diagnóstico e indicação de tratamento adequado.

As formas de transmissão das IST apontadas por estudantes universitários consistem em manter relações sexuais desprotegidas, sem uso de preservativos e com vários parceiros diferentes em um curto período de tempo, e como principais medidas de prevenção contra o contágio, apontam o uso correto de preservativos. Em contraponto, percebe-se que ainda há uma parcela dos estudantes que têm posicionamentos contrários a necessidade de uso de preservativos para prevenção de IST e que desconhecem a forma correta de utilização dos mesmos, fazem automedicação ao perceber sinais e sintomas além de indicarem, equivocadamente, o uso de anticoncepcionais como eficaz para prevenir as infecções.

Assim, pode-se concluir que o estudo evidenciou que os discentes da área de biológicas e da saúde possuem um bom conhecimento acerca das infecções sexualmente transmissíveis, sendo capazes de identificá-las e tomar medidas cabíveis, no entanto, evidencia também a necessidade de intensificação de estudos e treinamento na área de educação sexual as quais contribuem para o esclarecimento sobre as IST, proporcionando uma reflexão sobre os modos de transmis-

são das infecções e a importância do cuidado com a saúde sexual para a prevenção desses agravos, preparando-os em sua totalidade para a atuação profissional.

## Referências

- ALMEIDA, L. C. G.; SANTOS, J. M. S.; SILVA, Y. C.; MASCARENHAS, R. N. S.; SANTOS, M. O.; NASCIMENTO, D. F. B.; BRASIL, B. P. L. Bonde universitário: ações de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.12, n.6, p. 1-6, mar./maio 2020.
- ALMEIDA, R. A. A. S.; CORRÊA, R. G. C. F.; ROLIM, I. L. T. P.; HORA, J. M.; LINARD, A. G.; COUTINHO, N. P. S.; OLIVEIRA, P. S. Conhecimento de adolescentes relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.70, n.5, p. 1087-1094, set./out. 2017.
- ALVES, C. C.; SANTOS, D. D.; SOUSA, R. R.; LIMA, L. R. Ist's Na Adolescência. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, v. 3, n. 1, abr. 2019.
- ANGELIM, R. C. M.; PEREIRA, V. M. A. O.; FREIRE, D. A.; BRANDÃO, B. M. G. M.; ABRÃO, F. M. S. Representações sociais de estudantes de escolas públicas sobre as pessoas que vivem com HIV/Aids. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 221-229, jan./mar. 2017.
- ARRUDA, L. P.; MOREIRA, A. C. A.; ARAGÃO, A. E. A. Promoção da saúde: atribuições do enfermeiro como educador na estratégia saúde da família. **Essentia**, Sobral, v. 16, n. 1, p. 183-203, jun./nov. 2014.
- BARBOSA, T. L. A.; GOMES, L. M. X.; HOLZMANN, A. P. F.; CARDOSO, L.; PAULA, A. M. B.; HAIKAL, D. S. A. Prática de aconselhamento em infecções sexualmente transmissíveis, HIV e aids, realizada por profissionais da atenção primária à saúde de Montes Claros, Minas Gerais, 2015-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 1-14, abr. 2020.
- BEZERRA, E. O; CHAVES, A. C. P.; PEREIRA, M. L. D.; MELO, F. R. G. Análise da vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao hiv/aids. **Rev Rene**, v. 13, n. 5, p. 1121-1131, 2012.

**O Conhecimento de Acadêmicos de uma Universidade Privada de Belém-PA acerca das Infecções Sexualmente Transmissíveis**

BORGES, M. R.; SILVEIRA, R. E.; SANTOS, A. S.; LIPPI, U. G. Sexual behaviour among initial academic students. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2505-2515, abr./jun. 2015.

BRASIL. Governo do Brasil. Saúde lança campanha de prevenção às infecções sexualmente transmissíveis. **Saúde e Vigilância sanitária**. Rio de Janeiro (RJ); 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aids / HIV: o que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção. **Saúde de A a Z**. Brasília (DF); 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil está preparado para conter avanço das doenças sexualmente transmissíveis. **Agência Saúde**. Brasília (DF); 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carnaval 2020: 128 milhões de camisinhas distribuídas. **Agência Saúde**. Brasília (DF); 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Clamídia: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. **Saúde de A a Z**. Brasília (DF); 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comportamento de risco eleva infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. **Agência Saúde**. Brasília (DF); 2020.

BRASIL. Ministérios da Saúde. Departamento passa a utilizar nomenclatura "IST" no lugar de "DST". **Público Geral**. Brasília (DF); 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gonorreia e infecção por clamídia. **Público Geral**. Brasília (DF); 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hepatite B. **Público Geral**. Brasília (DF); 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hepatite C. **Público Geral**. Brasília (DF); 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. HPV: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. **Saúde de A a Z**. Brasília (DF); 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Infecções sexualmente transmissíveis (IST). **Saúde de A a Z**. Brasília (DF); 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é HIV. **Público Geral**. Brasília (DF); 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sífilis: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. **Saúde de A a Z**. Brasília (DF); 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sintomas das IST. **Público Geral**. Brasília (DF); 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tricomoníase. **Público Geral**. Brasília (DF); 2020.

BRASIL. OPAS/OMS. A cada dia, há 1 milhão de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis curáveis. **Banco de Notícias**. Brasília (DF); 2019.

CARDOSO, B. C. R.; MESQUITA, E. B. S.; COSTA, G. S.; JUNIOR, J. A. M. C.; GOIANO, P. D. O. L.; FERREIRA, T. R. S. O conhecimento dos jovens universitários sobre a prevenção de HIV/AIDS e outras DSTs. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Piauí, v. 20, n. 2, p. 80-83, set./nov. 2017.

CASTRO, E. L.; CALDAS, T. A.; MORCILLO, A. M.; PEREIRA, E. M. A.; VELHO, P. E. N. F. O conhecimento e o ensino sobre doenças sexualmente transmissíveis entre universitários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1975-1984, 2016.

DELATORRE, M. Z.; DIAS, A. C. G. Conhecimentos e práticas sobre métodos contraceptivos em estudantes universitários. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v.16, n.1, p. 60-73, 2015.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para saúde coletiva. **Ciê-**

**cia & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014.

FONTE, V. R. F.; PINHEIRO, C. O. P.; BARCELOS, N. S.; COSTA, C. M. A.; FRANCISCO, M. T. R.; SPINDOLA, T. Fatores associados ao uso do preservativo entre jovens homens que fazem sexo com homens. **Enfermería Global**, v. 16, n. 2, p. 65-79, abr. 2017.

FONTE, V. R. F.; SPINDOLA, T.; FRANCISCO, M. T. R.; SODRÉ, C. P.; ANDRÉ, N. L. N. O.; PINHEIRO, C. D. P. Jovens universitários e o conhecimento acerca das infecções sexualmente transmissíveis. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p. 1-7, maio 2018.

FONTE, V. R. F.; SPINDOLA, T.; LEMOS, A.; FRANCISCO, M. T. R.; OLIVEIRA, C. S. R. Conhecimento e percepção de risco em relação às infecções sexualmente transmissíveis entre jovens universitários. **Revista Cogitare Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 1-10, abr. 2018.

FONTES, M. B.; CRIVELARO, R. C.; SCARTEZINI, A. M.; LIMA, D. D.; GARCIA, A. D. A.; FUJIOKA, R. T. Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p.1343-1352, abr. 2017.

GARCES, S. B. B. Classificação e tipos de pesquisas. **Universidade de Cruz Alta–Unicruz**, 2010.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, maio/jun. 1995.

GOMES, E. S. S.; GALINDO, W. C. M. Equipes de saúde da família frente à testagem e ao aconselhamento das IST, HIV-AIDS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 628- 649, 2017.

GOMES, M. F. P.; FRACOLLI, L. A.; MACHADO, B. C. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 470-475, nov. 2015.

GONÇALVES, R. C.; FALEIRO, J. H.; MALAFAIA, G. Educação sexual no contexto familiar e escolar: impasses e desafios. **Holos**, v. 5, p. 251-263, 2013.

LAFETÁ, K. R. G.; JÚNIOR, H. M.; SILVEIRA, M. F.; PARANAÍBA, L. M. R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.19, n.1, p.63-74, jan./mar. 2016.

MANZATO, A. J.; SANTOS, A. B. A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa. **Departamento de Ciência de Computação e Estatística–Universidade de Santa Catarina. Santa Catarina**, 2012.

MARTINS, G. A. Manual para elaboração de monografias e dissertações. São Paulo: Atlas, 1994.

MARTINS, G. A. Manual para elaboração de monografias e dissertações. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

NASCIMENTO, B. S.; SPINDOLA, T.; PIMENTEL, M. R. A. R.; RAMOS, R. C. A.; COSTA, R. S.; TEIXEIRA, R. S. Comportamento sexual de jovens universitários e o cuidado com a saúde sexual e reprodutiva. **Enfermería Global**, v.17, n.1, p. 248-258, jan. 2018.

NERY, J. A. C.; SOUSA, M. D. G.; OLIVEIRA, E. F.; QUARESMA, M. V. Infecções sexualmente transmissíveis na adolescência. **Residência Pediátrica**, v.5, n 3, p. 64-78, set./dez. 2015.

NEVES, R. G.; WENDT, A.; FLORES, T. R.; COSTA, C. S.; COSTA, F. S.; TOVORODRIGUES, L.; NUNES, B. P. Simultaneidade de comportamentos de risco para infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes brasileiros, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 443-454, jul./set. 2017.

PASSOS, T. S.; HORA, A. B.; PAIXÃO, A. L. S. S.; SANTOS, J.; SANTOS, M. A. A.; OLIVEIRA, C. C. C. Educação em saúde para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis em comunidades quilombolas. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 10, p. 3965-3970, out. 2017.

PENELLO, A. M.; CAMPOS, B. C.; SIMÃO, M. S.; GONÇALVES, M. A.; SOUZA, P. M.; SALLES, R. S.; PELLEGRINI, E. Herpes genital. **J Bras Doenças Sex Transm**, v. 22, n.2, p. 64-72, 2010.

PEREIRA, G. F. M.; PIMENTA, M. C.; GIOZZA, S. P.; CARUSO, A. R.; BASTOS, F. I.; GUIMARÃES, M. D. C. HIV/aids, hepatites virais e outras IST no Brasil: ten-

dências epidemiológicas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, p. 1-3, 2019.

PETRY, S.; PADILHA, M. I.; KUHNEN, A. E.; MEIRELLES, B. H. S. Saberes de estudantes de enfermagem sobre a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v.72, n. 5, p. 1208-1216, set./out. 2019.

PINTO, V. M.; BASSO, C. R.; BARROS, C. R. S.; GUTIERREZ, E. B. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23 n.7, p. 2423-2432, jul. 2018.

PLUTARCO, L. W.; MENESES, G. O.; ARRUDA, C. M.; HOLANDA, L. C.; SANTOS, W. S. A influência da confiança no parceiro na decisão do uso da camisinha. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 20, n. 1, p. 220-233, mar. 2019.

PONTES, D. S.; RODRIGUES, E. S.; ALMEIDA, L. C.; BATISTA, M. M. H. J. Educação sexual e ist's - a percepção dos universitários frente a essa temática. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 2, n. 5, p. 340-347, ago./dez. 2019.

SALES, W. B.; CAVEIAO, C.; VISENTIN, A.; MOCELIN, D.; COSTA, P. M.; SIMM, E. B. Comportamento sexual de risco e conhecimento sobre IST/SIDA em universitários da saúde. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v.4, n.10, p. 19-27, set. 2016.

SILVA, D.; SIMON, F. O. Abordagem quantitativa de análise de dados de pesquisa: construção e validação de escala de atitude. **Cadernos do CERU**, v. 16, p. 11-27, 2005.

SPINDOLA, T.; FONTE, V. R. F.; MARTINS, E. R. C.; FRANCISCO, M. T. R.; SODRÉ, C. P.; OLIVEIRA, C. S. R. Práticas sexuais, uso do preservativo e testagem para o HIV entre graduandos de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 3, p. 477-489, out./dez. 2017.

SPINDOLA, T.; OLIVEIRA, C. S. R.; FERREIRA, L. M.; PEIXOTO, H. A.; CUNHA, T. F.; MOTTA, C. V. V.; SOARES, B. G. S.; ANTUNES, R. F. Dialogando com estudantes universitários sobre a prevenção de infecções sexual-

mente transmissíveis – relato de experiência. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 2612-2621, mar./abr. 2020.

SPINDOLA, T.; OLIVEIRA, C. S. R.; SANTANA, R. S. C.; SODRÉ, C. P.; ANDRÉ, N. L. N. O.; BROCHADO, E. J. Práticas sexuais, conhecimento e comportamento dos universitários em relação às infecções sexualmente transmissíveis. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 5, p. 1135-1141, out./dez. 2019.

RIBEIRO, A. T. B.; JACOCIUNAS, L. V. A coinfeção sífilis/HIV e sua importância no rastreamento sorológico em bancos de sangue. **Clinical & Biomedical Research**, v. 36, n. 2, p.101-109, abr./jun. 2016.

RUFINO, E. C.; ANDRADE, S. S. C.; LEADEBAL, O. D. C. P.; BRITO, K. K. G.; SILVA, F. M. C.; SANTOS, S. H. Conhecimento de mulheres sobre ist/aids: intervindo com educação em saúde. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v.15, n.2, p. 304-311, abr./jun. 2016.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J.; ECHEIMBERG, J. O.; LEONE, C. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 356-360, jun./nov. 2018.

