

SUMÁRIO

35096 - APOIO E CUIDADO AOS CUIDADORES: RELATO DE ESTÁGIO JUNTO A EQUIPE DO CAPS II DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC	
Maurício Lopes da Silva, Dipaula Minotto da Silva	2
34580 - CANDIDÍASE VAGINAL: UMA BREVE REVISÃO SOBRE PREVENÇÃO E TRATAMENTOS	
Eduardo Zanatta Medeiros, Bertha Bloemer, Claudio Sérgio da Costa, Ana Paula Bazo, Andressa Córneo Gazola, Adalberto Alves de Castro	21
35432 - PREVALÊNCIA DE PARASITOS INTESTINAIS EM CRIANÇAS DE ESCOLA ASSISTENCIAL DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA- SC	
Luana Damiani Rosso, Alisandra Valim Pereira, Marilda da Rosa, Ana Carolina da Silva Vieira, Ana Daniela Coutinho Vieira, Renan Antônio Ceretta, Cleonice Maria Michelin ...	38

Trabalho Completo de Ensino

35096 - APOIO E CUIDADO AOS CUIDADORES: RELATO DE ESTÁGIO JUNTO A EQUIPE DO CAPS II DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC

Maurício Lopes da Silva¹, Dipaula Minotto da Silva^{1,2}

1 Curso de Psicologia,
2 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Universidade do Extremo Sul de Catarinense, Criciúma, Brasil.

Este trabalho é resultado da experiência em Estágio de Psicologia Social, requisito obrigatório do curso de psicologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense. Visou ofertar apoio à equipe do CAPS II, na perspectiva do apoio e cuidado aos cuidadores, no sentido, de compartilhamentos acerca das práticas de cuidado com 'o outro' e do cuidado 'consigo'. Foram realizados cinco encontros, com duração de 1h:30min, proporcionando um espaço de vivências e diálogos sobre temas de interesse da equipe, de acordo com os objetivos da proposta. Desenvolveu-se processos grupais dialógicos, de estratégias de cuidado-mútuo, estímulo ao autocuidado, e autoconhecimento. Nestes encontros, questões como comunicação, autoconhecimento pessoal e profissionais foram temas emergentes, pela avaliação da equipe, diante das influências que estas questões exerciam diretamente no desempenho e nas dificuldades pessoais e de trabalho. Ao final dos encontros, percebeu-se que as práticas de autocuidado envolvem o reconhecimento do "eu" frente ao processo de trabalho, assim como o reconhecimento do "outro" enquanto sujeito capaz, proporcionando não só uma comunicação mais coesa, mas também direcionando o focando em suas potencialidades e qualidades, facilitando a prática e a relação profissional e pessoal.

Palavras-chave: CAPS; Cuidado ao cuidador; Psicologia Social; Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto da experiência em Estágio de Psicologia Social, requisito obrigatório do curso de psicologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense. Visou ofertar apoio à equipe do CAPS II, como uma das ações do projeto de estágio. Partiu da necessidade do serviço e dos profissionais de práticas que ao promover saúde, levasse-os a refletir sobre si e sobre o outro enquanto sujeitos que podem ser, de alguma forma, afetados mutuamente na rotina do serviço, e sua inter-relação com o modelo de serviço e práticas que são exercidas diariamente.

Este trabalho buscou proporcionar práticas de autocuidado, autoconhecimento e relaxamento, oferecendo aos profissionais momentos de percepção do corpo, de suas



emoções, do seu estado no “agora”. Retirando-os do foco no outro e os levando a pensar no próprio eu.

O apoio e cuidado dos cuidadores em saúde mental representa, não só um fazer humanizado, mas também reafirma os ideais da reforma psiquiátrica, proporcionando aos profissionais a prática do serviço em liberdade, desinstitucionalizando por meio do reconhecimento das questões pessoais o ‘eu’ e o ‘outro’, suas práticas diárias. Situando o sujeito frente ao sofrimento dos usuários, viabilizando o reconhecimento desta condição, como possível a sua existência.

Estas práticas tem por base de aplicação as teorias da psicologia social comunitária, da reforma psiquiátrica e de grupos, viabilizando conceder suporte e condições para que os conteúdos manifestados sejam passíveis de acolhimento, bem como a troca mútua de informações e reflexões a cerca dos assuntos discutidos.

Compreende-se que o fazer na atenção psicossocial em um CAPS, leva consigo uma grande responsabilidade, representar a substituição de um modelo asilar que historicamente trouxe grande sofrimento aos sujeitos em sofrimento psíquico, seus familiares e para a sociedade, é ainda uma desafia diário, porém um desafio possível. Com isto, o cuidar da saúde mental, física e relacional, torna-se ferramenta imprescindível aos profissionais de saúde mental, enquanto estratégia de efetivação do princípio da integralidade do cuidado, interferindo diretamente nas ações de gerenciamento do serviço e de si mesmo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PSICOLOGIA SOCIAL

De acordo com Jacques et al., (2013), no Brasil a Psicologia Social é representada pela Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO), que tem em meio suas qualificações a psicologia social crítica, psicologia social histórica crítica, psicologia social sócio histórico, que dão sustento crítico teórico em relação a Psicologia Social vigente na época, vendo os sujeitos como ser construtor da sociedade, assim como produto sócio histórico, capaz de transformar o seu meio. A psicologia social que se constrói no Brasil no início dos anos 80 encontra um modelo teórico que não condiz com sua realidade e reproduz um modelo tradicional. Inicialmente. A partir das transformações



proporcionadas por críticas a um modelo de psicologia importada, surgem alternativas teóricas que buscam a compreensão de uma complexidade do simples, a pluralidade da teoria e aplicação, a intersecção das diversas áreas da psicologia, o cuidado ético em relação aos compromissos sociais tendo a coerência de um reconhecimento político e vendo a constituição do sujeito por meio desse social que o torna ser.

Segundo Lane (2002) o surgimento da psicologia Social Comunitária (PSC) nasce atrelado ao movimento social, cultural e econômico que em 1964 surgia -golpe militar-, pois neste período era eminente a opressão vivia pela população brasileira. Este momento propiciou uma profunda reflexão crítica sobre o real papel da psicologia na conscientização e organização da sociedade. Este movimento é fonte de impacto na universidade quando em 1968 questiona-se o ensino e a academia.

Importante ressaltar que, segundo Sawaia (2002) o conceito de comunidade é ausente na história das ideias da psicologia. Surge como referencial de análise somente na década de 70 quando surge a psicologia social comunitária, definindo instâncias para seu direcionamento enquanto ciência, comprometendo-se com a realidade dos excluídos de cidadania. O conceito de comunidade englobou todas as práticas profissionais que eram desenvolvidas fora de instituições e consultórios, abrindo espaço para seu uso em meio ao discurso político neoliberal. Com isto entende-se o sentido de comunidade do final do século passado, XX, como uma utopia de enfrentamento ao processo de globalização. Falar atualmente sobre a prática da Psicologia Comunitária é falar da história política presente no Brasil e na América Latina (FREITAS, 2002).

Gonçalves e Portugal (2016) ressaltam que, torna-se evidente que inicialmente a psicologia atuava afastada das questões sociais e políticas. O surgimento da PSC nasce na busca por uma profissão que atue e compreenda os processos sociais de forma equânime, estando dentro da realidade e a par das questões sociais. Porém, a atuação da psicologia dentro do campo social não pertencia especificamente a PSC, sendo assim não existia um viés teórico específico de atuação e intervenção em sociedade, não havendo identificação dos profissionais da psicologia como psicólogos e psicólogas comunitários. Ao decorrer de quase cinco décadas houve o aperfeiçoamento do campo teórico da PSC, que viabilizou aqueles que tivessem a necessidade de intervir na comunidade, uma teoria que desse base e sustento para tal intervenção, entendendo que a PSC se apresenta como base teórico e de intervenção para os profissionais, podendo



assim limitar aqueles que querem intervir socialmente nas comunidades, pois esse campo fica em específico do psicólogo social comunitário.

2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

As primeiras instituições psiquiátricas no Brasil surgem em meio a tentativa de construção e manutenção da ordem e da paz social. A função saneadora dos primeiros hospitais psiquiátricos, conhecidos como hospícios dão as bases para a existência das ações assistenciais psiquiátricas brasileiras. Além do surgimento recente, outra atitude não desenvolvida e leiga era a classificação dos sujeitos internados que ia desde alienados comuns até criminosos. Entende-se que estes espaços não serviam com um local de cura, e a caridade assim como os princípios humanitários não estavam presentes (TUNDIS; COSTA, 2001).

Entre 1872 a 1890 houve um crescimento populacional nos grandes centros urbanos, devido ao comércio da época. Esta urbanização afetou diretamente as condições de vida, de higiene e saneamento das populações. Percebe-se nesse crescente desenvolvimento a construção de cortiços e favelas. Marca-se então como um divisor do conhecimento psiquiátrico, posterior a Proclamação da República, dividindo a psiquiatria baseada no empirismo e a psiquiatria científica. Mesmo havendo uma mudança na base do conhecimento psiquiátrico, pouco ou nada mudou em relação ao entendimento e aos serviços em saúde mental (TUNDIS; COSTA, 2001).

De acordo com o Relatório de 15 anos após o tratado de Caracas realizado pelo Ministério da Saúde (2005) o processo de Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil é posterior ao surgimento do “movimento sanitário”, nos anos 70. Mesmo atrelado ao movimento da Reforma Sanitária a RP tem uma história própria, que tem influências das mudanças internacionais, entre elas a superação da violência asilar, sendo constituído em meio ao clima contra ditadura militar em busca de uma organização social (AMARANTE, 1997). Neste momento, segundo Amarante (1997) nasce o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que a princípio luta por mudanças da assistência psiquiátrica, seja por meio da necessidade de transformação do modelo tradicional hospitalocêntrico ou em busca de desenvolver alternativas baseadas em propostas de desospitalização. Este movimento assume uma postura crítica ao saber psiquiátrico e a partir disto, vem traçando o atual modelo de reforma psiquiátrica. Sendo considerada um processo político



e social de grande complexidade, composto por diversos atuantes, como as instituições e forças de diferentes origens, tendo a participação de várias instâncias como o governo estadual, federal e municipal, universidades, conselhos profissionais, associações e familiares e movimentos sociais (BRASIL, 2005). Neste mesmo período, por meio de alguns sanitaristas, surge em São Paulo a criação do CEBES, assim como a criação da revista Saúde em Debate, tendo como objetivo fundamental a promoção da produção e organização de pensamentos e práticas críticas no campo da saúde pública (AMARANTE, 1997).

Por meio das ações do MTSM foram desenvolvidas comissões de Saúde Mental em Núcleos do CEBES, assim como sindicatos do setor de saúde, exercendo a função de articuladores para o primeiro encontro de trabalhadores da área, levando ao Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Camboriú em 1978, que resultou em um grande evento político. A loucura e discussão sobre as instituições asilares saem do meio técnico, tomando proporções maiores nas discussões das entidades civis, assim como destaque na grande imprensa. Com isto coloca-se em prova o estigma de que o louco é perigoso, trazendo à tona a necessidade de debater a cidadania e os direitos humanos destes sujeitos, bem como o direito digno de tratamento (AMARANTE, 1997).

É a associação de um conjunto de características e mudanças que criam e instituem a Reforma Psiquiátrica. São as práticas, os saberes, os valores culturais e sociais que no cotidiano dos serviços e das relações validam este movimento enquanto um avanço social significativo, que ao decorrer do tempo foi marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios, assim como ainda é hoje. Desde então se configura um processo bastante inovador transpassado por várias ações práticas de mudanças que geram novos questionamentos no cenário do campo da saúde mental (AMARANTE, 1997). Entende-se esse movimento como uma tentativa de substituição ao modelo do hospital psiquiátrico, consequência de uma luta de usuários, familiares e trabalhadores. Estas reivindicações que resultaram na RP foram fundamentais para as diretrizes de base das políticas que inicialmente foram discutidas em 1986 na Oitava Conferência Nacional de Saúde, posteriormente na Primeira conferência Nacional de Saúde Mental (1987) e na Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) resultando na Terceira Conferência Nacional de Saúde mental em 2001 (HIRDES. 2009).

De acordo com Amarante (1997) por meio da necessidade de intervir na situação da Saúde Mental no Brasil, ousou-se uma prática experiencial mais radical, a



implantação de uma rede territorial de atenção à Saúde Mental que substituísse o modelo tradicional, constituindo-se então os Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS). Tendo uma estrutura complexa, faziam o uso de leitos para acompanhamento a situações de crise, ofereciam atendimento emergencial. Com isto outras estratégias foram desenvolvidas, dentre elas o Projeto Tam-Tam, Centro de Valorização da Criança e as Cooperativas Sociais. Este processo de desenvolvimento e tentativa de descentralizar e desospitalização a Saúde Mental resulta, em São Paulo no ano de 1987, no primeiro CAPS. Somente no 2001 foi aprovada a lei nacional nº 10.216 da Reforma Psiquiátrica no Brasil, redirecionando o modelo de assistência psiquiátrica, onde em seu regulamento estipula cuidados especiais para com os sujeitos que foram internados por muito tempo em hospitais psiquiátricos e possibilitando punição para a internação involuntário ou desnecessária (BRASIL, 2004). Cria-se em 2002 por meio da PORTARIA Nº 336/GM, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002 os atendimentos pelos Centros de Atendimento Psicossociais (CAPS) que funcionam em modalidades diferentes de CAPS.

Segundo o Ministério da Saúde (2004) a lógica de atendimento e serviço dos CAPS seguem o pensamento e ação em rede, como uma tentativa possível de substituir os hospitais psiquiátricos, os CAPS exercem suas funções ligados diretamente com a comunidade. Entende-se inicialmente que as redes possuem muitos centros e pontos que a constituem e fazem a sua complexidade. Porém, é fundamental a noção que o eixo central e principal deste emaranhado que formam as redes são as pessoas, a existência e o sofrimento possível. Os CAPS têm um papel fundamental de articular o tecido dessas redes, onde trabalha com os serviços de saúde como as ESF's, juntamente com os agentes comunitários, quanto ao trabalho de promoção na vida comunitária em busca da autonomia dos usuários, sendo peça importante na articulação em outras redes como a jurídica, escolar, dentre outras (BRASIL, 2004b). Ferreira et al., (2016) apontam que, a Reforma Psiquiátrica proporcionou grande avanço para a população, promovendo um novo modo de olhar para os sujeitos em sofrimento mental, entendendo o CAPS como dispositivo fundamental à vida destes sujeitos.

Para Ferreira et al., (2016), por meio da criação dos CAPS e suas adaptações ao longo do tempo foi proporcionado um local onde se promove o apoio justo aos sujeitos em sofrimento, possibilitando, em meio ao processo de ressocialização sua permanência ao lado da família e em sociedade. Em um estudo realizado por Alves et al., (2017) foi constatado que, quando reconhecido e incorporado seu sentido e funcionalidade, o CAPS



proporciona uma queda nas necessidades das internações psiquiátricas, produzindo bem-estar, juntamente a este processo, o envolvimento dos familiares enquanto atuantes no cuidado e ressocialização dos usuários. Em pesquisa realizada por Bernard e Kanan (2015) destaca-se que, em relação aos CAPS de Santa Catarina, apresenta-se um o esforço na busca de firmar a RP e o SUS, trabalhando na lógica da clínica ampliada, território e projetos terapêuticos singulares.

Nesta perspectiva, as principais fragilidades para efetivação do papel dos CAPS, giram em torno da realidade das constituições das equipes profissionais, tanto em relação a equipe mínima, quanto ao trabalho exercido por uma equipe que não atinge as recomendações da portaria n.º 336/2002, delatando a dificuldade em manter um atuação efetiva nos processos de reestruturação psicossocial dos usuários. Mesmo assim, tendo a RP como um processo social amplificador, que visiona promover a mudança nas estruturas sociais, enquanto seu funcionamento por meio das atividades dos CAPS, ela representa uma transformação dos modelos hospitalares, de uma saúde assistencial, possibilitando a formação de um sistema com capacidade de responder as variadas necessidades desenvolvidas pelo sofrimento psíquico dos sujeitos, colaborando também para a formação do SUS ao passo que a saúde mental efetiva suas práticas em cima dos princípios básicos que regem este sistema. Ressaltando a importância da manutenção e cuidado com o CAPS.

2.3 CUIDAR DO CUIDADOR

Pensando na de substituição dos hospitais psiquiátricos e ressignificação da saúde mental, tem-se falado de novas práticas de cuidado e apoio que auxilie não só os usuários, mas também os familiares, porém estas práticas de cuidado aos cuidadores deve-se estender aqueles que também lidam com o sofrimento psíquico diariamente, os profissionais de saúde mental. Mesmo não havendo uma noção única em relação ao cuidado, existem várias noções que se interligam em aspectos básicos. Podendo haver atribuições de sentido e prática de acordo com o local e o funcionamento do grupo, neste caso a equipe de saúde mental, mostra-se presente nas práticas de acolhimento, diálogo e ações profissionais que culminam em novas produções de subjetividade (BALLARIN, CARVALHO E FERIGATO, 2010).



De acordo com Campos (2016) os profissionais de saúde lidam com o sujeito em sofrimento diariamente e com toda a demanda que isso provoca na própria pessoa, nos amigos e familiares, assim como para estes sujeitos o profissional é o pilar de suporte, intensifica-se mais para aqueles que não possuindo outro meio de apoio, sendo visto o profissional como único meio de cura e cuidado. Muito se fala em cuidar dos cuidadores a partir da ótica da enfermagem, tanto em hospitais quanto em serviços de atenção básica. Segundo Henriques, Barros e Morais (2010) o cuidar envolve aceitar e reconhecer o outro assim como a si mesmo enquanto sujeito, tendo como propósito a prestação de uma assistência acolhedora e humanizada. Mas para que isto aconteça é necessário que os cuidadores se encontrem em condições saudáveis em relação ao físico, ao psíquicas e ao emocionais adequadas. Damas, Munari e Siqueira (2004) ressaltam que o cuidado pode possuir dois significados que dialogam e se relacionam entre si, sendo uma relação de atenção, atitude e delicadeza para com o outro, representando também inquietação e preocupação, pois há um envolvimento afetivo que se liga a este outro.

Os mesmo autores ainda ressaltam que estas práticas em cuidado simbolizam, em menor ou maior intensidade, a abnegação do eu do sujeito que cuida, havendo uma renúncia dos sentimentos e da vontade (DAMAS; MUNARI; SIQUEIRA, 2004). Campos (2006) argumenta que o profissional da saúde se encontra quase sempre em um estado de grande tensão, pois tem como objeto de trabalho o sujeito em processo de adoecimento e intenso sofrimento, exigindo deste profissional resoluções muitas vezes impossíveis ou além de suas práticas de trabalho, sendo levado de algum modo a lidar e conviver com a doença, assim como com as emoções, sentimentos e conflitos que se encontram nas relações tanto com o paciente, quanto com os familiares e amigos. Percebe-se então esses profissionais também vulneráveis ao sofrimento e ao adoecimento psíquico e físico.

3 METODOLOGIA

O estágio Supervisionado em Psicologia Social ocorreu no primeiro semestre de 2017, dois períodos por semana totalizando 8 horas semanais. Inicialmente foi realizado um período de 6 semanas de observação participante, onde o estagiário pode conhecer a rotina do serviço, usuários e trabalhadores, atividades ofertadas e desenvolver



diagnóstico para desenvolvimento do projeto. No caso específico do presente projeto, o diagnóstico se deu de forma participativa a partir de conversas com trabalhadores e usuários, e a partir da observação crítica de como as relações se estabelecem, bem como estas interferem na efetivação dos objetivos do serviço, enquanto dispositivo de cuidado do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Dentre as ações proposta no estágio, uma das atividades desenvolvidas foi a proposta de cuidado ao cuidador profissional, que teve como objetivo promover a sensibilização com práticas de cuidado e auto percepção individual e de grupo com os profissionais do CAPS II. Como estratégia para atingir este objetivo, foram realizados cinco encontros com 16 profissionais nas dependências do serviço, proporcionando um espaço de vivências, debates e problematizações de assuntos de interesse da equipe. Os encontros ocorriam a cada 15 dias, com duração média de 1h30min cada.

A partir de um período de observação participante dentro do espaço de reunião semana de equipe, evidenciou-se queixas comuns de desconfortos de diversas ordens tanto nas relações de cuidado com os usuários, quanto nas relações interpessoais. Tais queixas tinham como núcleo básico, problemas na comunicação, cristalização de papéis, e posturas nas práticas de cuidado, que vinham na contramão dos princípios de integralidade do cuidado. Junto aos profissionais refletiu-se a necessidade/potencialidade para o desenvolvimento dos encontros, que posteriormente foram planejados propondo encontros grupais dialógicos, utilizando vivências/dinâmicas de grupo com foco no cuidado-mútuo, estímulo ao autocuidado, e autoconhecimento atrelados ao papel de trabalhador de saúde mental. Os encontros tiveram como objetivos, refletir e problematizar as práticas de cuidado, promover auto percepção, podendo perceber suas tensões, motivando e reconstruindo as ações em conjuntos para buscar suas próprias soluções (ZIMERMAN, 1997), na transversalidade das ações executadas junto aos profissionais.

Em sua execução, no primeiro encontro, foi efetuado uma roda de conversa para iniciar a proposta de cuidado ao cuidador profissional, onde a ideia central girou em torno da sensibilização e construção de um espaço onde os profissionais pudessem expressar os conteúdos internos como medos, dificuldades, alegrias. Bem como problemas relacionados ao trabalho gerando, assim um ambiente de escuta qualificada aos profissionais de saúde mental. Cada profissional levantou possibilidades de temas, optando em consenso por “comunicação”. Estava presente na fala de todos que muitas



vezes que não havia comunicação coesa entre a equipe, dificultando assim a efetividade de um serviço mais potente na perspectiva do cuidado em liberdade, bastante desafiador diante de uma equipe que passara por uma grande transição há pouco mais de um ano, com a demissão de diversos profissionais e a entrada de outros, entre outras questões estressoras para a equipe. Como encaminhamento final, contratualizou-se junto aos participantes o formato dos encontros e a delimitação do tema inicial.

A proposta do segundo encontro teve como foco as questões relacionadas ao tema proposto pela equipe: comunicação. Neste sentido, usou-se como metodologia, uma dinâmica de grupo com o objetivo de treinar e reconhecer a importância da escuta, da comunicação bilateral, do aprimoramento das capacidades de comunicação verbal e não verbal, de construção de estratégias para melhorar a comunicação interpessoal e em consequência os relacionamentos em geral. Entende-se que a partir do fortalecimento da equipe, é possível potencializar o cuidado junto aos usuários, e promover saúde mental junto aos trabalhadores e trabalhadoras do CAPS. Após a dinâmica, houve reflexão em equipe sobre o tema abordado, e como fechamento cada profissional estabeleceu uma palavra relacionada aquilo que foi compreendido no processo de grupo, estas giraram em torno da “necessidade” de (re)aprender a se comunicar em equipe.

O terceiro encontro buscou potencializar a discussão e atribuir sentido para as ações realizadas no fazer cotidiano. A temática norteadora deste dia foi “O QUE É CUIDADO?”, proposta pelo facilitador, como estratégia de sensibilizar para o autocuidado enquanto profissional de saúde. Os participantes foram convidados a trabalhar em pequenos grupos, socializando suas ideias sobre o que o que entendiam por cuidado. Verificou-se neste momento, uma dificuldade de dar um sentido total, por meio da frase. Ao final fez-se uma rodada de conversa com foco nas construções. Verificou-se que as dificuldades e resistência apresentadas nesta etapa, poderia estar relacionado ao contexto de pressões distanciamentos teórico-vivencial dos profissionais decorrentes de uma perspectiva medicalizante do cuidado em saúde mental, que coloca os sujeitos cuidadores/profissionais, como pessoas que ofertam tratamentos em suas práticas, e não cuidado. Após a rodada, para finalizar a atividade, foi proposto, por meio de cartolina, cola e revistas, simbolizar por meio de imagens “O QUE É CUIDADO?”. Neste momento, verificou-se a necessidade de problematizar os papéis cristalizados de trabalhadores de saúde/saúde mental não passíveis de cuidado.



Para aprofundar estas questões, no quarto encontro, realizou-se uma dinâmica de autopercepção, tendo como objetivo avaliar o autoconceito dos/as participantes sobre o autoconhecimento e autoimagem enquanto trabalhador/a de saúde mental. A dinâmica buscou reconhecer: “Eu me sinto bem quando? Eu me sinto necessário/a quando? Minhas principais características positivas são?”. Após a construção desta proposta, dialogou-se sobre o que foi mais fácil realizar, as dificuldades encontradas e o que esta atividade provocou nos participantes. Percebeu-se do profissionais dificuldades em reconhecer esses aspectos, sendo este um indicador importante sobre a qualidade de suas condições de trabalho.

O encerramento dos encontros foi iniciado com a realização de um relaxamento, tendo como objetivo ofertar estratégia e autoconhecimento e autocuidado. A atividade seguinte consistiu na proposta de dinâmica conhecida como “O Presente”, onde buscou-se identificar e potencializar as características pessoais e de equipe, refletindo sobre as práticas profissionais, bem como sobre a relação entre o processo que os profissionais estabeleciam consigo mesmo e com os outros. Este processo foi importante para o reconhecimento do outro dentro do grupo, gerando, a partir das identificações, possibilidade para a criação de vínculos mais intensos.

4 EXPERIÊNCIA DE ENSINO

O estágio em Psicologia Social, na realidade de um CAPS, sendo este um dispositivo importante da rede de atenção em saúde mental, proporcionou significativos aprendizados. Estes, se deram tanto no aprofundamento dos referenciais teóricos descritos, como na possibilidade de vivenciar o cotidiano do serviço junto a possibilidade de experienciar os processos de observação, construção diagnóstica e pela aplicação de recursos da psicologia sob o olhar da psicologia social junto à equipe.

Nesta perspectiva, a partir da lógica de substituição dos hospitais psiquiátricos e ressignificação da saúde mental, tem-se falado de novas práticas de cuidado e apoio que auxilie não só os usuários, mas também os familiares. Porém, percebeu-se que estas práticas de cuidado aos cuidadores, devem ser estendidas também àqueles que lidam com o sofrimento psíquico diariamente de outra forma, ou seja, aos profissionais de saúde mental. Mesmo não havendo uma noção única em relação ao cuidado, existem várias noções que se interligam em aspectos básicos, podendo haver atribuições de sentido e



prática de acordo com o local e o funcionamento do grupo, neste caso a equipe de saúde mental, mostra-se presente nas práticas de acolhimento, diálogo e ações profissionais que culminam em novas produções de subjetividade (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010). De acordo com Campos (2016) os profissionais de saúde lidam com o sujeito em sofrimento diariamente e com toda a demanda que isso provoca na própria pessoa, nos amigos e familiares, assim como para estes sujeitos o profissional é o pilar de suporte, intensifica-se mais para aqueles que não possuindo outro meio de apoio, sendo visto o profissional como único meio de cura e cuidado.

O início das atividades proporcionou maior conhecimento quanto ao entendimento de como a comunicação é um norteador que sinalize como o grupo age, podendo haver uma distorção das mensagens, assim como uma atribuição distinta de sentidos (ZIMERMAN, 1997). Verificou-se neste sentido, que a comunicação como uma ação resulta de uma interação de expressão de símbolos (signos linguísticos) entre dois sujeitos ou mais, que por sua vez exige o ato de pensar, logo necessita de um sujeito pensante e um objeto pensado. A comunicação é vista como uma reciprocidade irrompível, não havendo sujeitos passivos (FREIRE, 2012). A proposta deste trabalho partiu da ideia de resolução coletiva dos problemas, neste caso do grupo de trabalho, que inicialmente elencou o tema em questão para ser discutido, valorizando a comunicação-grupal, percebendo os obstáculos em que essa dificuldade se coloca, bem como os mal-entendidos, distorções, conforme preconiza a Psicologia Social Comunitária (CAMPOS, 2016), para que exista uma melhora na fala e na escuta (ZIMERMAN, 1997). Nesta lógica os questionamentos e discussões visam estabelecer uma comunicação ativa, que propicie os profissionais a se reconhecerem naquilo que falam e naquilo que produzem, seus pensamentos e práticas profissionais.

No segundo encontro, foi possível refletir que a comunicação se diferencia da fala propriamente dita, podendo esta ser um dos instrumentos comunicativos (ZIMERMAN, 1997). Com o uso do falar interpretativo, analisou-se além do modo como os sujeitos recebem as informações, na dinâmica, e as comunicaram, bem como o modo como eles interagiram frente a uma situação de difícil interpretação.

Em meio as falas, no momento da discussão, foi ressaltado a importância da comunicação assertiva, compreendendo que muitas vezes as pessoas se sentem “inseguras, apressadas ou no automático” e que por esta razão, não conseguem parar para perceber o outro, entendendo que o trabalho em equipe, em sua complexidade e seu



papel transformador, a comunicação é tida como fundamental para que haja uma efetiva mudança no modo de lidar com o outro, seja usuário ou colega de profissão (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Um dos participantes relatou que as “incógnitas” que apareceram na atividade, serviram para refletir o serviço do CAPS, sendo estas a representação dos usuários quando chegam aos serviços ‘Muitas vezes não sabem o que acontece, e como acontece, temos que nos comunicar e entender o que o usuário’. Isso ressalta que no serviço de saúde mental o imprevisto é algo diário, sendo necessário sempre uma integração da equipe para uma melhor efetividade do trabalho. Finalizamos com a fala de “entender o outro para nos entendermos, melhorando assim a efetividade e a funcionalidade das relações”. Este trabalho buscou gerar reflexões sobre as várias dificuldades que surgiram na comunicação, a partir do local em que cada um comunica, sendo este lugar muitas vezes regido pela formação técnico-cientificista, que por sua vez pode privilegiar um tipo de saber (científico) como verdadeiro e inigualável, não reconhecendo o saber produzido pelos saberes dos outros profissionais (CORIOLANO-MARINUS, 2014).

Ao discutir “O QUE É CUIDADO?”, o processo se mostrou divergências entre as atribuições verbais e as imagens projetadas, quando nas imagens projetadas o cuidado era consigo mesmo e nas falas o cuidado sempre era voltado para o outro. Este ponto foi ressaltando, onde todos concordaram e relataram que é uma tarefa difícil cuidar e olhar para si. Winnicott (1982) e Campos (2016), explicitam que o sentido de *holding* permeia a prática de um cuidado realmente efetivo, onde este vai além do dar atenção ao outro, e sim vivenciar juntamente com este outro as necessidades reais e possíveis.

Partindo da lógica de cuidado da mãe ou cuidador ao bebê em seu nascimento, onde está acolhe, interpreta do modo como o recém-nascido se expressa, onde há uma integração de cuidado e cuidador e com isto uma comunicação que não verbal, mas sim interpretativa ressalta a real necessidade do outro. Faz-se um paralelo com o cuidado diários dos profissionais com o outro, assim como consigo mesmo, onde a comunicação que foi discutida anteriormente é fundamental para haver uma efetivação desse ver e reconhecer o outro em sua real necessidade. Percebe-se que essa dissociação entre eu e o outro, ainda mostra que os profissionais focalizam a atenção do seu *self* para o cuidado com os usuários, podendo esquecer de si em prol de um cuidado, que profissionalmente, diz sobre a renúncia do eu pelo outro, onde o cuidado e o cuidado se fazem ser presentes na relação pela experiência (CAMPOS, 2016).



A reflexão final girou em torno da reflexão sobre a sobrecarga vividas por somente alguns e de responsabilidade de todos, e que mesmo havendo essas divergências, estas ações devem ser livres de julgamentos pessoais e sim construído modos de se comunicar que possibilitem o reajuste das funções de acordo com suas necessidades. Ressaltando por fim que, o julgamento do outro é também o julgamento de si próprio. O cuidar do/com o outro é, indiretamente, o cuidar de si próprio.

Ao buscar aprofundar o sentido de cuidado, objetivou-se avaliar o autoconceito dos/as participantes, promovendo estratégias de autoconhecimento, reconhecimento da autoimagem e autoestima. Foi possível perceber que alguns profissionais mostraram certo grau de dificuldade de encontrar imagens que os caracterizassem, em contrapartida, outros/as profissionais, quando mostraram seus recortes, ressaltaram um sentido sempre em relação a um corpo passado. Características pessoais como seriedade no olhar, formato e cor dos lábios, tonalidade do cabelo, tipo físico, sempre expressando uma similaridade com um ideal de ego. Tentou-se a partir disso, promover a autopercepção, servindo como função de espelho, fazendo com que os sujeitos se reconheçam e percebam conteúdos que estão esquecidos ou ocultados em si mesmos/as, reconheçam o 'outro' como sujeito diferencial de si, bem como serem reconhecidos pelo/a outro/a, onde é comum surgir sentimentos de consideração e gratidão, promovendo a passagem de estados narcísicos para um estado de social-ismo (ZIMERMAN, 1997).

Em relação as falas, notou-se um certo grau de dificuldade na hora de elaborar suas principais características, aparecendo falas como “é muito difícil falar de si mesmo”, “não consigo pensar em mais nada que me defina”, dentre outras, sempre trazendo um grau de impossibilidade na busca de definição. Esta proposta se baseou na necessidade de ser trabalhado características pessoais, o autoconceito traz a consciência toda a relação e visão que o participante tem consigo mesmo, podendo assim potencializar o autocuidado e o cuidado com o outro. Por fim, foi discutido a importância de se reconhecer frente ao outro e a si mesmo para que haja um cuidado realmente efetivo. O autoconhecimento denota o sentido do autocuidado, podendo levar a crer que os profissionais tem dificuldades de se perceberem, colocando o cuidado e a percepção do outro em primeiro plano. Esta proposta acaba por “contribuir para a estruturação de um *self* coeso, confiante e criativo, fica "registrada" como experiência a ser resgatada, ou revivida, em momentos de crise ou vulnerabilidade” (CAMPOS, 2016, p.210), importante no processo de autocuidado e no cuidado com o outro.



No caminho final do trabalho de apoio e cuidado ao cuidador verificou-se presente resistências relacionadas às questões pessoais e grupais. Resistências estas contra o acesso aos conteúdos inconscientes, dificultando a tomada de consciência, neste caso sobre a importância serem cuidados/as frente as dificuldades que o trabalho do CAPS impõe no seu dia a dia. Entende-se a resistência como tudo aquilo que venha, em processo grupal se opõe ao acesso ao inconsciente, porém, pontua-se que esta movimentação resistente é vista como delatora de defesas (ZIMEMAN, 1997). Sabe-se que onde há resistência, há vontade de viver, mostrando que mesmo este espaço sendo silenciado havia a vontade de ser cuidado (ZIMEMAN, 2004).

Ao fim, a estratégia de proporcionar um espaço de autocuidado e reflexões acerca da saúde mental de si e do outro, em paralelo ao *holding* trazido por Winnicott, buscou proporcionar uma construção com base no suporte social, onde se possibilitou o fortalecimento dos afetos, comunicação, bem como criar sentimentos de proteção e apoio dentre a equipe, contribuindo para a reestruturação do cuidado e empatia em momentos de crises e vulnerabilidade (CAMPOS, 2016).

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que na atual conjuntura do campo da saúde mental, de reafirmação da relevância das estratégias de reabilitação psicossocial em serviços comunitários, o papel dos trabalhadores de saúde mental tem sido compreendido como o de protagonista do processo de cuidado (muitas vezes na perspectiva medico-centrada), ganhando assim status de detentor de um saber que o habilita a cuidar subjetivamente do outro. Apesar da existência das Políticas de Educação Permanente em Saúde, e de Humanização em saúde, verifica-se a incipiência de ações que coloquem a saúde mental dos trabalhadores de saúde mental como foco de projetos em CAPS.

Além disso, deparou-se com a dificuldade de encontrar-se literaturas e produções científicas que abordassem estratégias de cuidar do cuidado para além do cuidado com cuidadores familiares. O cuidado com profissionais de saúde, sendo estes, também, sujeitos que necessitam de atenção empática, proteção e auxílio, e quem têm sido historicamente afetados pelo mundo do trabalho, com importantes impacto na vida destes sujeitos, expressos nos índices de afastamento do trabalho por questões de saúde mental.



Estas questões associadas as observações e diálogos no início do projeto, levou o estagiário a refletir que as dificuldades encontradas no cotidiano do CAPS, proporcionam quando compreendidas, a um crescimento humano e profissional que viabiliza a tanto o desenvolvimento das potencias do serviço, como a promoção de saúde mental dos trabalhadores do serviço de saúde mental.

Neste sentido, nos encontros realizados se deu prioridades aos temas de interesse da equipe, onde questões como comunicação, autoconhecimento pessoal e profissionais emergiram. A equipe avaliou de forma preocupada e desgastada a influência das dificuldades de comunicação no desempenho e nas dificuldades individuais e grupais no trabalho. Com isto, constatou-se que a integração grupal e o autocuidado podem levar a uma melhora nas relações interpessoais da equipe, bem como uma melhora no cuidado com o usuário, promovendo a intensificação do sentido de humanização, potencializando as bases da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da desinstitucionalização.

Entende-se que não há cuidado do outro sem o reconhecimento dos cuidados necessários consigo mesmo, havendo uma dicotomia eu-outro, que quando não bem clara, proporciona, em relação ao profissional, um direcionamento quase que exclusivo para as necessidades desse outro. Considera-se também que, quando há o reconhecimento da equipe em relação as suas necessidades, existe maiores condições de autorregulação do grupo frente a estas necessidades.

Conclui-se ainda, que uma equipe capaz e efetiva é uma equipe coesa, e para isto a permissão do erro, da desculpa e do recomeçar com o outro os coloca em par de igualdade, não havendo hierarquia. Nota-se no grupo, uma potencialidade para um serviço de referência, assim como vem se tornando, onde as práticas de cuidado ao cuidador, bem como supervisões ou grupos que possibilitem estudos e espaços de construção, vão dar suporte para uma equipe sólida e que se mostra presente na militância da desinstitucionalização, ressaltando a importância e impacto da psicologia social em meio a estes espaços.

Apesar do projeto não ter como característica realizar atividades de análise / avaliação dos processos de trabalho, compreende-se que algumas tensões e resistência ocorreram no processo atreladas as questões decorrentes das relações de trabalho. Uma das questões verificadas como influenciadora de tais tensões é o fato de que os encontros se davam no espaço de reuniões de equipe, quem em sua pauta discutem tanto casos atendidos de forma multiprofissional / interdisciplinar, como questões dos



processos de trabalho. Verificou-se ainda, outro componente que facilmente era expressado no cotidiano do serviço, compreendida como uma conjuntura de mudanças estruturais, tanto no serviço como a nível mais macro na organização da rede de saúde mental, com o fechamento dos leitos SUS do Hospital Psiquiátrico local. Por fim, o distanciamento teórico-conceitual do projeto, com a práxis da equipe no cotidiano do CAPS, evidenciou algumas lacunas, que gerou desconfortos que precisaram ser mediados pelo facilitador.

Diante destas questões, os aspectos que constituam o objetivo geral do projeto (consciência do conceito de cuidado, reflexão e problematização do papel de trabalhador de saúde mental, e promoção de saúde mental dos trabalhadores), por vezes foram levados a questionamento sobre sua relevância no presente espaço e tempo do projeto, por compreender a delicadeza da temática diante da atual conjuntura micro e macro política. Optou-se, portanto, em continuar ofertando estratégias de apoio e problematizando a inexistência de espaços de cuidado mutuo, que na perspectiva da psicologia social comunitária, semeou a construção de uma perspectiva coletiva de autocuidado junto aos trabalhadores do CAPS, diante de suas demandas cotidianas no CAPS II. Sugeriu-se a continuidade das ações por parte da equipe, ou dos próximos estágios, uma vez que diante de tais desafios, percebe-se a importância de se nutrir junto equipe uma cultura de cuidado com cuidadores profissionais de CAPS.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. SUS: Sistema Único de Saúde—antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 1ª edição. São Paulo: Martinari 2011, p.192

AMARANTE, Paulo; FLEURY, Sonia. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury S, (org). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, p. 163-85, 1997.

BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, Fábio Bruno de; FERIGATO, Sabrina Helena. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. O Mundo da Saúde, v. 34, n. 4, p. 444-50, 2010.

BERNARDI, Aline; KANAN, Lilia Aparecida. Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. Saúde em Debate, v. 39, n. 107, 2015.



BERTOLLI FILHO, Cláudio. História da saúde pública no Brasil. 5^o edição. São Paulo: Atica, 2011, p. 72.

BRASIL, DMINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DAPE. COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. 2005. Acesso em: 20/03/2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

BRASIL. Departamento de ações programáticas estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 1^a edição, 2004, 86p. Disponível em: <file:///C:/Users/mauricio/Documents/UNESC/Psicologia/Fases/2017-1/Estágio%20B%20-%20Social/Saúde%20Mental/manual%20caps.pdf> Acesso em: 03/04/2017(b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2004. – Brasília, Ministério da Saúde, 5^a ed. 2004. 340p. Acessado em: 29/03/2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf (a)

CAMPOS, Eugenio Paes. Equipe de saúde: cuidadores sob tensão. Epistemo-somática, v. 3, n. 2, p. 195-222, 2006.

CAMPOS, Eugenio Paes. Quem cuida do cuidador? Uma proposta para os profissionais da saúde. 2^a ed. Teresópolis: Unifeso; São Paulo: Pontocom, 2016. 175p.

CORIOLO-MARINUS, L. M. W. de et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.4, p.1356-1369, 2014.

DAMAS, Keyti Cristine Alves; MUNARI, Denize Bouthelet; SIQUEIRA, Karina Machado. Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 6, n. 2, 2004.

FERREIRA, Jhennipher Tortola et al. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental. Rev. Saberes, Rolim de Moura, vol. 4, n. 1, p. 72-86, 2016.

FREIRE, Paulo. Extensão ou comunicação?. Editora Paz e Terra, 2014.

FREITAS, Maria de Fátima Quintal de et al. Histórico e Fundamentos da Psicologia Comunitária No Brasil. In: CAMPOS, Rerina Helena de Freitas et al (Org.). Psicologia Social Comunitária: da solidariedade a autonomia. 7. ed. Petrópolis: Vozes, p. 17-34, 2002.

GONÇALVES, Mariana Alves; PORTUGAL, Francisco. Análise histórica da psicologia social comunitária no Brasil. Psicologia & Sociedade, v. 28, n. 3, 2016.

GONÇALVES, Mariana Alves; PORTUGAL, Francisco. Análise histórica da psicologia social comunitária no Brasil. Psicologia & Sociedade, v. 28, n. 3, 2016.



- HENRIQUES, Amanda Haissa Barros; BARROS, Raquel Farias de; MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega. Cuidado ao cuidador na busca de um cuidado humanizado em saúde: um resgate bibliográfico. In: Congresso brasileiro dos conselhos de enfermagem. 2010.
- HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.
- JACQUES, Maria da Graça Corrêa (Et al.). *Psicologia social contemporânea: livro-texto*. Rio de Janeiro: Vozes, 262 p. , 2013.
- LANE, Silvia Tatiana Maurer. Histórico e Fundamentos da Psicologia Comunitária No Brasil. In: CAMPOS, Rerina Helena de Freitas et al (Org.). *Psicologia Social Comunitária: da solidariedade a autonomia*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, p. 17-34. 2002.
- NOGUEIRA, Jane Walkiria da Silva; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem*. Brasília, v. 20, n. 3, p.636-640, 2015.
- PORTARIA, G. M. nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria. *Diário Oficial da União*, v. 20, 2002.
- SAWAIA, Bader Burihan. Histórico e Fundamentos da Psicologia Comunitária No Brasil. In:
- CAMPOS, Rerina Helena de Freitas et al (Org.). *Psicologia Social Comunitária: da solidariedade a autonomia*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, p. 35-53. 2002.
- TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. In: *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 7ª edição, Petropolis, Vozes, 2001, n. 217.
- ZIMERMAN, David, E; OSÓRIO, Luiz Carlos. *Como trabalhar com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.1997.

Trabalho Completo de Pesquisa

34580 - CANDIDÍASE VAGINAL: UMA BREVE REVISÃO SOBRE PREVENÇÃO E TRATAMENTOS

Eduardo Zanatta Medeiros, Bertha Bloemer, Claudio Sérgio da Costa, Ana Paula Bazo, Andressa Córneo Gazola, Adalberto Alves de Castro¹

¹Núcleo de Estudos Aplicados a Saúde – NEAS, Centro Universitário Barriga Verde.

A candidíase é uma patologia infecciosa causada por fungos. A identificação de infecção no paciente consiste em uma ferramenta importante para a definição do tratamento correto e sua completa recuperação. A candidíase vulvovaginal (CVV) é a segunda causa mais comum de infecção vaginal caracterizada por coceira, ardor, corrimento, entre outros fatores. O objetivo deste estudo é realizar uma revisão bibliográfica sobre aspectos de prevenção e tratamento não farmacológico para candidíases albicans e vulvovaginal através de artigos científicos. Esta pesquisa seguiu o preceito de estudo exploratório, através de pesquisa de revisão bibliográfica integrativa, que busca informações sobre o tema na literatura científica nacional e internacional. Após esse estudo pode perceber que a maioria das mulheres entre 18 a 34 anos tem ou já tiveram algum problema relacionado a infecção vaginal. Muitas infecções como a vulvovaginite por cândida estão relacionadas a presença de ciclos menstruais regulares ou até mesmo o uso de hormônios. Os profissionais de enfermagem precisam continuar orientando sobre doenças, principalmente sobre candidíase. É de profunda importância para a mulher o incentivo para a realização do exame Papanicolau anualmente, assim prevenindo qualquer inflamação ou doença.

Palavras-chave: Candidíase, Doenças vaginais, Mulheres.

1 INTRODUÇÃO

A incidência de infecções fúngicas apresenta elevado crescimento nos últimos anos onde a levedura 'Cândida albicans' é a líder das infecções. Esta levedura é facilmente encontrada na mucosa bucal, trato gastrointestinal, trato urogenital e pele. O gênero Cândida é constituído de cerca de 200 espécies de leveduras diferentes, que vivem nos mais diversos nichos corporais (ALVAREZ, 2010).

A 'Cândida albicans' se apresenta amplamente distribuída na natureza, ocupando diversos habitats, ao contrário de outras espécies do gênero e são responsáveis pela maioria das infecções fúngicas em ambientes hospitalares e ambientes comunitários propiciando a ocorrência de infecções (SILVA, 2004).

A identificação de infecção no paciente consiste em uma ferramenta importante para a definição do tratamento correto e sua completa recuperação. A administração dos



medicamentos contra candidíase por via oral costuma ser a mais comum e se constituem o principal recurso terapêutico. Estudos contínuos são necessários devido à relevância dessas infecções constituindo-se um problema de Saúde Pública (FEUERSCHUETTE, 2010).

O Programa da Saúde da Família foi implantado no Brasil em 1994 tendo como objetivo principal a reorientação do modelo assistencial da saúde brasileira. Ele teve como base o PACS iniciado em 1990. Os municípios em que o PSF está adequadamente implantado, com profissionais capacitados e integrados ao sistema municipal de saúde, têm condições de dar soluções efetivas a mais de 85% dos casos de saúde da população atendida (FERNANDES, 2009, p. 48).

A Candidíase Vulvovaginal é problema sério na saúde da mulher, e profissionais atuantes na área de enfermagem têm a necessidade de conhecer os aspectos desta patogenia, já que ela ainda apresenta grandes indagações para serem respondidas (ARAUJO, 2013).

De acordo com Nunes (2009), a epidemiologia das candidemias no hospital universitário – Universidade de Mato Grosso do Sul, as candidíases ocorreram principalmente em pacientes bastante debilitados, que passaram por procedimentos invasivos e cirurgia de grande porte, que tiveram que utilizar antibióticos de amplo espectro e permaneceram por um longo período internados. As faixas etárias mais prejudicadas foram de recém-nascidos e adultos com idade superior a 60 anos. O agente mais frequente nestas infecções foram a *Cândida albicans*, mas também houve o predomínio de espécies de *cândida* não *albicans*.

O tratamento dessa patologia nem sempre é tão simples e pode exigir, às vezes, a utilização prolongada de medicação para obter a sua cura. Isso se deve ao fato de muitas vezes os profissionais de saúde tratar a candidíase um problema corriqueiro. Neste sentido, este projeto tem sua relevância, pois devido às ações deste tipo, normalmente aparecem casos rebeldes ao tratamento, trazendo grande angústia para o paciente (KOSS, 2009).

Esta infecção é considerada problema de saúde pública e torna-se importante que profissionais atuantes nessa área conheçam ambos os aspectos de maneira atualizada em relação à patogenia. A atualização e o conhecimento de conceitos básicos e clínicos relacionados à *Cândida* são essenciais para auxiliar no manejo dessa infecção pelos profissionais da unidade de saúde.



Desta forma, o objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão e atualização dos dados disponíveis sobre o tema, contribuindo com o aumento do conhecimento sobre o assunto realizando um levantamento bibliográfico, caracterizando e abordando os fatores de virulência dos agentes causais identificando a sua importância nessa patologia.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa em questão seguiu o preceito de estudo exploratório, através de pesquisa bibliográfica que segundo Gil (2008, p. 50) é desenvolvido a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Para a busca das fontes abordadas neste trabalho de revisão foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: candidíase, cândida, corrimento vaginal, doenças vaginais, epidemiologia, mulheres, vulvovaginal.

A busca por informações acerca do tema ocorreu na literatura científica nacional e internacional encontradas online utilizando bases de dados como Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Medline Plus e Google acadêmico. O presente trabalho se baseou no estudo de Mendes, Silveira e Galvão (2008) de revisão integrativa, que é um método de pesquisa incipiente na enfermagem nacional, porém a sua contribuição na melhoria do cuidado prestado ao paciente e familiar é inegável. A síntese dos resultados de pesquisas relevantes e reconhecidos mundialmente facilita a incorporação de evidências, ou seja, agiliza a transferência de conhecimento novo para a prática.

Para o presente trabalho não foi delimitado um período de busca. Todos os artigos independentes do ano e publicação que se encontravam nos bancos de dados poderiam ser utilizados na escrita desta revisão bibliográfica.

Posteriormente, foram realizadas leituras com a finalidade de ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, para que estas possibilitassem a obtenção de respostas ao problema da pesquisa.

3 CÂNDIDA: ASPECTOS GERAIS



A *Cândida* constitui um fungo presente na microbiota da pele e mucosa do homem desde o seu nascimento. Esta levedura é detectada momento após o nascimento na cavidade bucal do recém-nascido em todo o trato gastrointestinal da criança (BIRMAN, 2008). De acordo com Martins (2009, p. 38) estima-se que aproximadamente 80% das mulheres já tiveram pelo menos um episódio de candidíase vulvovaginal (CVV) durante a sua vida. Desses, 90% dos casos são atribuídos a *Cândida albicans*. A candidíase vulvovaginal (CVV) é a segunda causa mais comum de infecção vaginal caracterizada por prurido, ardor, dor e eliminação de um corrimento esbranquiçado (MALUF, 2007).

A candidíase é uma infecção causada por fungos e pelo crescimento excessivo de um tipo de fungo denominado *Cândida*, geralmente *Cândida albicans*. Esse fungo é normalmente encontrado em pequenas quantidades no corpo humano, não causando qualquer sintoma. No entanto, certos medicamentos e problemas de saúde podem fortalecer o crescimento deste fungo para esse fungo crescer, especialmente em áreas quentes e úmidas do corpo. Isto pode causar sintomas desconfortáveis e às vezes perigosas (BIRMAN, 2008, p. 100).

Os fatores de virulência são importantes para que os microrganismos se estabeleçam no tecido e causem infecção ao aderir ao corpo humano e, conseqüentemente uma etapa fundamental para a patogênese de muitas doenças infecciosas se desenvolvam.

Segundo Almeida Filho (2005, p. 82) a patogenicidade de um microrganismo é definida como sua capacidade de determinar doença, que é mediada por vários fatores. Na vulva e a vagina encontramos de maneira recorrente edemaciada (*órgão com acúmulo de líquido no tecido do organismo*) e hiperemiadas (*uma coloração azul-avermelhada intensificada nas áreas afetadas, de acordo com o acúmulo de sangue venoso*). Existem fatores que predispõe ao aparecimento da infecção: diabetes melitus, gravidez, uso de anticoncepcionais orais, antibióticos, corticoides, imunossupressores, obesidade, radioterapia, transplantes, infecção por HIV, dentre outros. Apesar de a virulência ser determinada geneticamente, eles são expressos pelos microrganismos apenas quando existem condições ambientais favoráveis específicas para cada microrganismo e para cada isolado de determinado agente.

De acordo com Lacaz (2000) os principais fatores de virulência de leveduras são:



- Produção de tubos germinativos: a habilidade de transição da *Cândida albicans* tem sido sugerida como importante fator de virulência por ter maior capacidade de aderir e penetrar nas células epiteliais humanas do que outros tipos. Essas transições representam uma resposta do fungo a alterações nas condições ambientais e possibilitam a sua adaptação a diferentes nichos biológicos, e a consequente disseminação fúngica nas células humanas;

- Comunicação fenotípica: significa alteração fenotípica na morfologia das colônias de *Cândida albicans*. Normalmente existem várias diferenças entre as colônias que apresentam comunicação entre as demais, incluindo mudança no formato, estruturas de superfície celular e germinação a 37°C, que parecem ser mais virulentas;

- Aderência: a aderência permanente entre o microrganismo invasor e o tecido do hospedeiro requer o estabelecimento de ligações específicas entre estruturas complementares existentes na superfície do patógeno e da célula epitelial. Por isso, nem sempre todas as etapas de virulência são cumpridas por um microrganismo, sendo requisito básico para o estabelecimento de uma infecção que o patógeno entre em contato com a camada que recobre a superfície epitelial da mucosa do hospedeiro;

- Produção de exoenzimas: muitas substâncias produzidas por *Cândida albicans* têm sido associadas à infecção. As infecções por esse microrganismo estão relacionadas diretamente com a produção de exoenzimas (grupo de substâncias orgânicas de natureza normalmente protéica, com atividade intra ou extracelular que têm funções catalisadoras, catalisando reações químicas);

- Genotípico: a identificação da genotípica tem sido possível graças aos recentes avanços em biologia molecular. Através da análise do DNA genômico, *Cândida* podem ser classificadas no nível de subespécies, sendo esses dados muito utilizados em investigações epidemiológicas. Estudos genéticos têm determinado que, na maioria dos casos de CVVR, um único isolado tem sido responsável pelos episódios sintomáticos sequenciais;

- Hidrofobicidade celular: é conhecido que células leveduriformes hidrofóbicas (superfícies que repelem a água). São mais virulentas em ratos do que células leveduriformes hidrofílicas. Embora o mais forte mecanismo envolvendo a aderência esteja relacionado com uma adesina manoproteína (complexos protéicos que reconhecem e se ligam a receptores também protéicos na superfície da célula do



hospedeiro) de *Cândida albicans*, a hidrofobicidade tem sido descrita por vários investigadores como envolvida na aderência.

Na candidíase oral, os sintomas mais comuns incluem manchas brancas dentro da boca e na língua, vermelhidão ou desconforto na região da boca, dor de garganta e dificuldade em engolir e rachaduras em cantos da boca onde seus lábios se encontram. É importante procurar um posto de saúde no caso do aparecimento desses sintomas de candidíase oral. Se não forem tratadas, pode infectar sua corrente sanguínea, o que pode ser muito perigoso (SALVATORE, 2011).

3.1 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As manifestações clínicas causadas pela *Cândida* são diversas e podem gerar infecções localizadas de mucosas e até mesmo uma doença disseminada que pode ser fatal (ROSA, 2004). O fator que determina o tipo e a extensão da infecção causada é a resposta imunológica do paciente.

Assim, em pacientes imunossuprimidos (que tem redução a atividade ou eficiência do sistema imunológico) este mal pode ser considerado comum e recorrente. As formas de manifestação da candidíase são basicamente a cutânea, mucocutânea e sistêmica.

A candidíase cutânea pode acometer áreas do corpo como espaços interdigitais, mamas, axilas, virilhas ou debaixo de unhas. A candidíase mucocutânea acomete a cavidade oral e o canal vaginal, sendo a forma mais comum nos seres humanos. E a candidíase sistêmica (disseminada) pode ocorrer em recém-nascidos de baixo peso e hospedeiros imunocomprometidos. Este tipo acontece geralmente quando o fungo atinge a corrente sanguínea, podendo afetar qualquer órgão e causar complicações graves. Para Koss (2009, p 112) a *cândida* cutânea “é uma forma de candidíase rara, e ocorre em pacientes terminais com doenças debilitantes”. Nesses casos, pode acometer diferentes órgãos e tecidos como: pulmões, meninges, rins, bexiga, articulações, fígado, coração e olhos. Almeida Filho (2005) relaciona algumas manifestações clínicas causadas pela *Cândida* nos pacientes, que são:

- Esofagite: aparecimento de esofagite é quase sempre relacionado com disfunção imune e não somente com fatores locais. Dentre os fatores de risco, incluem a



supressão farmacológica da produção de ácido gástrico, uso de antibióticos, vagotomia anterior, alterações esofágicas funcionais ou mecânicas, e as doenças endócrinas. É o tipo mais frequente da doença de mucosa significativa.

- **Candidíase orofaríngea:** a *Cândida albicans* é um microrganismo presente na flora normal da região orofaríngea. Sua transformação de microrganismo comensal para patógeno está relacionada a fatores locais e sistêmicos. É uma infecção oportunista mais comumente relatada em pacientes com AIDS. O aparecimento de candidíase oral em indivíduo anteriormente saudável sem fatores de risco conhecidos deve levantar imediatamente a suspeita de infecção por HIV.

- **Candidíase pseudomembranosa:** conhecida como “sapinho”, é a forma mais comum e se manifesta por placas ou nódulos branco-amarelados, de consistência mole à gelatinosa, na mucosa bucal, no palato, na orofaringe ou na língua. Na maioria dos casos, essa forma da doença apresenta lesões assintomáticas, a não ser nos casos mais graves onde os pacientes queixam-se de sensibilidade, ardência e disfagia.

- **Candidíase eritematosa:** lesão sintomática de sensibilidade intensa devido às numerosas erosões dispersas pela mucosa e à inflamação presente, com localização preferencial ao longo do dorso da língua. Na maior parte dos casos as lesões evoluem de maneira assintomática, podendo causar ardência mediante a ingestão de alimentos ácidos ou quentes.

- **Candidíase atrófica crônica:** conhecida como ‘estomatite por dentadura’ ocorre com frequência em pessoas que usam próteses superiores. Os sintomas clínicos são: dor, irritação e distúrbios da salivação, entretanto, muitos pacientes são assintomáticos.

- **Candidíase vulvovaginal:** é um dos diagnósticos mais frequentes na prática diária em ginecologia e sua incidência tem aumentado drasticamente, tornando-se a segunda infecção genital mais frequente no Brasil. Trata-se de uma infecção da vulva e da vagina, causada pelas várias espécies de *Cândida*, que podem tornar-se patogênicas sob determinadas condições que alteram o ambiente vaginal.

- **Balanite:** é uma inflamação aguda ou crônica da glândula do pênis que pode ser assintomática, com apenas um leve prurido, ou sintomática, iniciando-se com vesículas no pênis que evoluem nos casos intensos, gerando placas



pseudomembranosas, eritema generalizado, prurido intenso, dor, fissuras, erosões, pústulas superficiais na glândula.

- Candidíase cutânea: ocorre quando há condições de umidade e temperatura, como as dobras da pele, embaixo das fraldas de recém-nascidos, e em climas tropicais ou durante meses de verão.
- Candidíase mucocutânea crônica: raramente uma desordem conhecida como candidíase mucocutânea crônica, consistindo em persistentes e recorrentes infecções de membranas mucosas, couro cabeludo, pele e unhas, com uma variedade de manifestações.

As manifestações clínicas da candidíase apresentam uma grande diversidade de quadros, porém, como se pode observar, as formas mais frequentes encontradas da doença podem ser localizadas ou sistêmicas (MIRANDA, 2008).

4 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA SAÚDE

Dentre as atribuições do enfermeiro na atenção à saúde da Mulher está a consulta de enfermagem sistematizada na unidade de saúde que envolve o método científico para identificar situações de saúde e doença, prescrevendo e implementando medidas de enfermagem que contribuam para a prevenção de agravos em casos de candidíase e reabilitação da saúde da cliente, da família e da comunidade (ROSA, 2004).

Durante décadas a atenção à saúde foi centrada no modelo de assistência curativista, sem a preocupação com o paciente, mas com a doença já instalada. No entanto, mudanças ocorreram com a Reforma Constitucional de 1988.

O artigo nº196 da CF estabelece a saúde como direito de todos e um dever do Estado garantir políticas sociais e econômicas que visem à redução das doenças, agravos e acesso igualitário aos serviços de saúde com intuito de promover a prevenção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos (BRASIL, 2002).

Considerando o SUS como uma política pública de saúde, criada no advento da Constituição atual, o compromisso assumido pela saúde coletiva aponta para um novo paradigma no processo saúde e doença, sendo este entendido como processo histórico e social que promove a saúde a partir da reorganização do modo de viver em sociedade (ALVAREZ, 2010).



O papel do enfermeiro nas questões envolvendo a cândida em mulheres consiste no conjunto de orientações que este profissional presta as pacientes portadoras desta patologia. Sabendo que a prevenção da infecção é sempre melhor que debelar um processo infeccioso, dentre as recomendações que se pode instruir às mulheres, com o intuito de prevenir o aparecimento de infecções causadas por Cândida, de acordo com Martins (2009): *evitar usar vestimentas muito justas; procurar usar lingerie de algodão; evitar o uso de meia-calça, pois aumenta significativamente o aparecimento de candidíases; ter uma alimentação saudável com pouca ingestão de açúcar, carboidratos e consumo frequente de iogurtes acidófilos; usar preservativos para evitar todos os tipos de vaginites; fazer uma higienização apropriada regularmente da região vaginal; durante a gravidez a mulher deve evitar açúcar, álcool e alimentos fermentados, e adicionalmente ingerir iogurte diariamente, e moduladores imunológicos (cápsulas de alho).*

Ainda, de acordo com Martins (2009), constatada a doença, a mulher deve seguir a risca o tratamento com antifúngicos e manter hábitos saudáveis como: *seguir com uma alimentação balanceada; repor a microflora vaginal, com lactobacilos; evitar ter relações sexuais neste período ou fazer com uso de preservativo; deve ainda fazer uma higienização adequada sem nunca fazer uso de ducha íntima, pois pode destruir os microrganismos comensais da vagina e propiciar o aumento da colonização de microrganismos patogênicos; seguir as orientações quanto ao uso de vestimentas apertadas e alimentação apropriada.*

A compreensão da enfermagem como processo de trabalhos como este determinam as especificidades de sua inserção e organização no interior do trabalho em saúde, das quais decorrem sistemas de trabalho, por referência a objetos, finalidades e instrumentos diversos e com características centralizadas em torno das ações de cuidar, administrar e educar.

5 PREVALÊNCIA E SUSCEPTIBILIDADE DE LEVEDURAS VAGINAIS

Estudo realizado pelo autor Galle e colaboradores (2004), que teve como objetivo verificar a distribuição de gêneros e espécies de leveduras causadoras de vaginite e analisar o perfil de sensibilidade das leveduras frente às drogas antifúngicas. O método utilizado para o estudo foi de amostras colhidas de fluido vaginal de 250 pacientes para cultura, realizando-se identificação e antifungigrama dos isolados. Após os exames



foram identificados que 27,6% das amostras teve leveduras do gênero *Cândida*. A *Cândida Albicans* foi a levedura mais isolada com 74% dos casos, seguida foi de *Cândida Glabrata*, em 14,5%; *Cândida Tropicalis*, em 7,3%; e *Cândida parapsilosis*, em 4,3%. De acordo com o autor todos os isolados de *Cândida Albicans* foram sensíveis à anfotericina B, e apenas um isolado da espécie não-*albicans* apresentou concentração inibitória mínima mais elevada. Após esse estudo concluiu-se que a *Cândida Albicans* foi a espécie mais frequente encontrada na microbiota vaginal; no entanto, outras espécies foram também comuns nessa população. Porcentual importante de isolados de *Cândida Albicans* e não *Albicans* foi resistente a fluconazol e itraconazol, mostrando a importância de realização de testes de identificação e antifungograma para os episódios de Candidíase Vaginal.

De acordo com o estudo de Barcelos e colaboradores (2008), que teve o objetivo de descrever a prevalência e o perfil comportamental para infecções genitais em mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde em Vitória, Espírito Santo, com mulheres de 15 a 49 anos, atendidas numa área atendida pelo Programa Saúde da Família (PSF) utilizou como critério de exclusão as mulheres que foram submetidas ao exame ginecológico, em menos de um ano e mulheres que apresentaram histórico de tratamento recente (nos últimos três meses), para infecções genitais. Esse estudo teve como destacou como resultados principais que aproximadamente 70% relataram até oito anos de escolaridade; 5% relataram infecção sexualmente transmissível prévia e 8% uso de drogas ilícitas. Somente 23,7% relataram uso consistente de preservativo. As queixas clínicas relatadas foram: úlcera genital (3%); disúria (7,7%); fluxo vaginal (46,6%); prurido (20%) e dor pélvica (18%). As taxas de prevalência foram: *Chlamydia trachomatis* com 7,4%; gonorréia 2%; tricomoníase 2%; vaginose bacteriana 21,3%; candidíase 9,3%; e alterações citológicas sugestivas de vírus 3,3%.

6 FATORES ASSOCIADOS À CANDIDÍASE VULVOVAGINAL

Uma pesquisa de Rosa e colaboradores (2004), avaliou os fatores de risco para candidíase vulvovaginal identificados ao exame e anamnese ginecológico, em amostra de conveniência. O método utilizado foi de estudo transversal, com amostra de conveniência, envolvendo todas as trabalhadoras (135 mulheres) de uma indústria de confecção em Criciúma (SC), sintomáticas e assintomáticas, no período de julho a



setembro de 2002. Após os exames, os resultados mostraram que a prevalência de candidíase vulvovaginal foi de 19,3%. A frequência de vulvovaginite diagnosticada pelo exame clínico foi de 17%, com sensibilidade de 38% e especificidade de 88%. O fator de risco significativo para vulvovaginite por *Candida* nessa população foi a presença de ciclos menstruais regulares e para vulvovaginite clínica foi o uso de hormônios e idade entre 25 a 34 anos. Neste estudo concluiu-se que a prevalência de candidíase vulvovaginal é alta entre mulheres consideradas saudáveis e o fator de risco encontrado com significância estatística foi a presença de ciclos menstruais regulares, reforçando a importância de possível relação entre o ciclo hormonal e esta infecção. Embora haja fatores prevalentes entre estudos literários e estudos locais é precoce afirmar, sem comprovação clínica e laboratorial, a presença de candidíase vulvovaginal e tratá-la adequadamente.

O artigo de Oliveira e colaboradores (2007), comparou a frequência de vulvovaginite em mulheres infectada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) com mulheres não infectadas. Para esse estudo foi utilizado o método de corte transversal realizado entre maio de 2006 e maio de 2007 numa amostra de 108 mulheres em dois grupos (infectadas e não infectadas). Respeitados critérios necessários de inclusão (maioridade, vida sexual ativa, sorologia positiva para HIV e negativa e assinatura de termo de responsabilidade) e exclusão (gestantes, puérperas, com uso de antifúngicos ou antibióticos nos últimos 30 dias, portadoras de diabetes mellitus, insuficiência renal e fazendo uso de corticoides) todas as mulheres responderam um questionário e foram submetidas a exame ginecológico de sangue e coleta de material vaginal. Também foram analisados exames anteriores dos últimos 6 meses. Comparando-se os dois grupos, foi observado com maior prevalência de infecções vaginais as pacientes com HIV, com uma incidência de 29,7% nos casos, em comparação com a candidíase vaginal. Quanto aos sintomas clínicos, nas três vulvovaginites o resultado foi semelhante entre os grupos. Com relação à terapia antirretroviral, não houve diferença na frequência de infecções vaginais nas mulheres que a utilizavam. Também a proporção de linfócitos T CD4 foi semelhante entre os dois grupos. Podemos concluir que a candidíase e outras infecções vaginais (VB e tricomoníase) são mais frequentes em portadoras de HIV. Portanto é necessário que estas pacientes sejam submetidas, mais sistematicamente, a avaliações ginecológicas.

Segundo o estudo feito por Gunther et al., (2014) que investigou a frequência de isolamento total de *Candida spp.* vaginal, e diferentes quadros clínicos (CVV e CVV



recorrente CVVR) em mulheres com Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 comparadas às não diabéticas. A razão de cura do tratamento com fluconazol também foi avaliada. Este estudo foi realizado no sistema público de saúde de Maringá, Paraná. O método estudado envolveu 717 mulheres de 17 – 74 anos de idade e destas, 48 (6,7%) tinham DM 2 (média de 53,7 anos), independentemente de sinais e sintomas de CVV. As leveduras foram isoladas e identificadas por métodos fenotípicos clássicos. Os resultados desta pesquisa foi que no grupo de não diabéticas (controle), leveduras vaginais totais foram isoladas em 79 (11,8%) mulheres, e no grupo de diabéticas, 9 (18,8%). O grupo de diabéticas mostrou mais mulheres sintomáticas (CVV + CVVR = 66,66%) do que colonizadas (33,33%), e significativamente mais colonização, CVV e CVVR, que as controle. A razão média de cura com fluconazol foi de 75 % no grupo diabéticas e 86,7% no controle. A conclusão após esse estudo foi que mulheres com diabetes mellitus tipo 2 associou-se com colonização vaginal por leveduras, CVV e CVVR, razão similar de isolamento de *Candida albicans* e espécies não *albicans*. Boa taxa de cura foi obtida com fluconazol em ambos os grupos.

7 DIAGNÓSTICO CLÍNICO E CITOLÓGICO

O estudo de Camargo e colaboradores (2014), o estudo realizado teve como objetivo estimar a prevalência da vaginose bacteriana, candidíase e tricomoníase e compara com o diagnóstico microbiológico, obtido pelo estudo de Papanicolau. O método utilizado por esse estudo é de corte transversal que inclui 302 mulheres com idades entre 20 a 87 anos, submetidas à entrevista e exames ginecológico para avaliação da secreção vaginal e coleta de esfregaço citológico, no período de junho de 2012 e maio de 2013. Para realizar a avaliação com acurácia das características da secreção vaginal foram empregadas as análises de sensibilidade, especificidades, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN). O exame citológico Papanicolau mostrou que houve prevalência de vaginose bacteriana (25,5%), candidíase (9,3%) e tricomoníase (2,0%). As características da secreção vaginal sugeriam também a prevalência de vaginose bacteriana (34,8%), candidíase (16,6%) e tricomoníase (0,3%). A escolha do método do diagnóstico requer, além das considerações científicas, que seja de fácil emprego, pouco complexo de realizar e baixo custo, para que possa ser acessível ao maior número de mulheres possíveis. Por isso o Papanicolau, segundo a literatura, é ainda, o exame de



maior disponibilidade, baixo custo e eficácia comprovada para o diagnóstico da flora vaginal, incluindo vaginite bacteriana, candidíase e tricomoníase.

Outro estudo realizado por Cavalcante e colaboradores (2005), teve como objetivo verificar a prevalência de candidíase vaginal em mulheres submetidas a *screening* para câncer cérvico uterino, comparando os resultados do Papanicolau e bacterioscopia corada pelo Gram e a fresco. O estudo teve 145 mulheres, na faixa etária de 15 a 45 anos, que, no período de janeiro a maio de 2002, as quais foram submetidas ao preventivo do câncer cérvico uterino na Unidade Materno-Infantil do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade do Estado do Pará. Considerou-se candidíase vaginal a identificação de *Cândida sp.* e ausência de *Trichomonas vaginalis* e *clue cells*, em pacientes com corrimento vaginal. Após os exames os resultados foram que a prevalência foi de 35%, sendo que a bacterioscopia detectou *Cândida sp.* em 74,8% das pacientes com corrimento e o Papanicolau em 22,5% destas. Após o estudo conclui-se que a candidíase vaginal foi afecção prevalente e o exame bacterioscópico foi o método laboratorial mais sensível na detecção do fungo.

7.1 EXAMES LABORATORIAIS, SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DAS PACIENTES COM CANDIDÍASE VULVOVAGINAL

O estudo realizado pelo autor Boatto e colaboradores (2005), teve como objetivo, relacionar as leveduras identificadas aos sinais e sintomas clínicos das pacientes com candidíase vulvovaginal e investigar a importância dos parceiros sexuais na reincidência da infecção. O método utilizado foi um estudo de julho de 2001 a julho de 2003 com uma amostra de mulheres residentes na Grande São Paulo. Foram avaliadas 179 pacientes com suspeita clínica de vaginite fúngica, com idade entre 18 e 65 anos. Foram excluídas pacientes grávidas, comprometimento imunológico intrínseco e extrínseco, incluindo AIDS, diabetes e imunossupressão, pacientes em terapia com corticosteroide, antibiótico ou hormônios, em pós menopausa, em uso de dispositivo intra uterino e duchas vaginais ou espermicidas. Após o estudo resultou-se que os sinais e sintomas clínicos mais relevante na candidíase vulvovaginal foram prurido e corrimento, sendo por eritema. As manifestações de vulvovaginites foram mais prevalentes em mulheres de 18 a 34 anos. A suspeita clínica foi confirmada por exame microscópico em 77 pacientes (43%), sendo sete na menopausa. Vulvovaginites de repetição foram



observadas em 24 (60%) mulheres, das quais 16 apresentaram dois episódios; seis, três episódios e duas, quatro episódios, com tempo médio de 92,7 dias entre os episódios. Dos 58 parceiros sexuais examinados, 38 eram sintomáticos e 20 assintomáticos. As mesmas espécies foram detectadas nas companheiras e parceiros em 87% dos casos. Conclui-se que os sinais e sintomas dominante como prurido e corrimento e outros menos prevalentes, são presuntivos e não correlacionaram com as espécies isoladas. Os testes laboratoriais são importantes para a confirmação etiológica do agente, inclusive de infecções mistas. Em caso de vulvovaginite de repetição, os parceiros sexuais devem ser avaliados devido à possibilidade de serem reservatórios de *Cândida ssp.*

O estudo realizado pelo autor Filho e colaboradores (2013) quantificou o número de células de defesa e os níveis de imunoglobulina E (IgE) no sangue periférico em amostra de mulheres com candidíase vaginal recorrente. O método utilizado neste estudo foi de corte transversal com 60 mulheres, com 40 mulheres com candidíase vulvovaginal e 20 mulheres do grupo de controle (sem doença). Após a pesquisa o número de eosinófilo no sangue periférico de pacientes com candidíase vulvovaginal, teve uma incidência maior do que o grupo de controle. Os níveis séricos de IgE total e específica foram semelhantes em ambos os grupos de mulheres com e sem candidíase vulvovaginal recorrente. Porém, observou-se uma correlação positiva moderada entre eosinofilia e níveis de IgE total no sangue periférico de mulheres com candidíase vaginal recorrente. Conclui-se, que mulheres com candidíase vaginal recorrente parecem ter maior concentração de eosinófilos no sangue periférico que as assintomáticas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após esse estudo verificamos com a presente revisão bibliográfica, que a maioria das mulheres entre 18 a 34 anos tem ou já teve algum problema relacionado a infecção vaginal. Algumas infecções como a vulvovaginite por *cândida* estão relacionadas à presença de ciclos menstruais regulares, ou até mesmo o uso de hormônios. De acordo com a literatura, o Papanicolau é o exame de maior disponibilidade de acesso, com baixo custo e grande eficácia, que comprova o diagnóstico da flora vaginal.

Alguns estudos mostraram ainda que a Candidíase é mais frequente em portadoras de HIV, e mulheres com diabetes mellitus tipo 2 apresentam grandes chances de contraírem a candidíase vulvovaginal e a recorrente da mesma. O medicamento



fluconazol apresentou uma boa taxa de cura para *Candida albicans* e para outras espécies não *albicans*.

A enfermagem pode repassar informações aos seus pacientes em vários momentos durante as atividades em uma Unidade de Saúde, por exemplo: na hora da consulta de enfermagem, em palestras sobre o tema, e principalmente na hora do exame Papanicolau. O enfermeiro pode auxiliar com orientações sobre o uso inadequado de vestimentas justas, orientar sobre o uso de preservativos para que não ocorra nenhum problema relacionado a candidíase, DST, ou até mesmo uma gravidez precoce.

Assim, concluímos que os conhecimentos da equipe de enfermagem podem e devem melhorar com capacitações aos profissionais que atuam nos procedimentos diários com os pacientes, além de realizar o trabalho técnico que já está na rotina profissional. Se faz necessário ainda, uma maior atenção na observação e na melhoria em certos hábitos higiênicos femininos e na prática constante de procurar um auxílio profissional sempre que a mulher seja acometida por sinais e sintomas indesejáveis que possam comprometer sua saúde e seu bem-estar.

REFERÊNCIAS

ARAUJO C.L. **Candidíase vulvovaginal**. Fisioweb. Mar. 2013. Disponível em: <<http://www.fisioweb.com.br/portal/artigos/44-art-doencas/1403-candidiase-vulvovaginal.html>> Acesso em: 19 de out. 2016.

ALMEIDA FILHO, G. **Candidíase: Doenças sexualmente transmissíveis**. 7 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

ÁLVAREZ, C. Candidíase vulvovaginal: fatores predisponentes do hospedeiro e virulência das leveduras. **J Bras Patol Med Lab**, 2010.

BARCELOS M.R.B., et al. **Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco**. Espírito Santo, Jul. 2008.

BIRMAN, E.G. Um breve retrospecto sobre *Cândida* e candidíases. **Revista Vida**, São Paulo V.42, n.18, fev. 2008.

BOATTO H. F., et al. Correlação entre os resultados laboratoriais e os sinais e sintomas clínicos das pacientes com candidíase vulvovaginal e relevância dos parceiros sexuais na manutenção da infecção em São Paulo, Brasil. **Ver. Bras. Ginecol**. Fev. 2007.



BRASIL. **Ministério da Saúde**. Conselho nacional de saúde. Comissão Nacional de Ética e pesquisa- CONEP. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 2002.

CAMARGO K. C. et al. Secreção vaginal anormal: sensibilidade especificidade e concordância entre o diagnóstico clínico e citológico. **Inst. Patol. Trop. Saúde**. Pub. Univ. Fed. Goiás. Out. 2014.

CAVALCANTE, V.L.N., et al. Rastreamento de candidíase vaginal durante a prevenção do câncer cérvico uterino. DST – **J. Bras Doenças Sex. Transm.** 2005.

FERNANDES, C.E. Aspectos etiopatogênicos, diagnósticos e terapêuticos da candidíase vulvovaginal. **Rev Bras Med**, 2009.

FILHO J.Q. et. al. Eosinofilia no sangue periférico de mulheres com candidíase vaginal recorrente. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Out, 2013.

GUNTHER et al. 2014. Prevalence of *Candida albicans* and non – *albicans* isolates from vaginal secretions: comparative evaluation of colonization, vaginal candidiasis and recurrent vaginal candidiasis in diabetic and non – diabetic women. São Paulo. **Med J. Vol** 132 nº 2, Abr. 2014.

LACAZ, C. S. **Candidíases**. 4. Ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000.

KOSS, L.G. **Citologia ginecológica e suas bases anatomoclínicas**. 3 Ed. São Paulo: Manole, 2009.

MALUF, C. Caracterização de leveduras isoladas da vagina e sua associação com candidíase vulvovaginal em duas cidades do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, 2007.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

MARTINS, J.E.C. **Micologia médica: fungos, actinomicetos e algas de interesse médico**. 11 ed. São Paulo: Sarvier, 2009.

NUNES, M.O. **Epidemiologia de candidemias e perfil de susceptibilidade das leveduras do gênero *Candida* em hospital universitário de Mato Grosso do Sul**. Programa de Pós graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste de Mato Grosso do Sul (Dissertação), Campo Grande, 2009.

OLIVEIRA P.M. et al. Vulvovaginites em mulheres infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV. DST – **Jorn. Bras. Doenças Sex. Transm.** Salvador, Set, 2007.

ROSA M. I.; RUMEL D. Fatores associados à candidíase vulvovaginal: estudo exploratório. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. V. 26, nº1, 2004.



SALVATORE, C. **Candidíase vulvovaginal**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2011.

SILVA, D. Candidiase na bibliografia: um panorama sintético. **Rev. Multidisciplinar no Nordeste**. 2004.

Trabalho Completo de Pesquisa

35432 - PREVALÊNCIA DE PARASITOS INTESTINAIS EM CRIANÇAS DE ESCOLA ASSISTENCIAL DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA- SC

Luana Damiani Rosso¹, Alisandra Valim Pereira², Marilda da Rosa², Ana Carolina da Silva Vieira², Ana Daniela Coutinho Vieira³, Renan Antônio Ceretta³, Cleonice Maria Michelon³

1 Curso de Odontologia

2 Curso de Biomedicina

3 Professores da Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde,
Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Brasil.

Os parasitas intestinais são responsáveis por infecções que intensificam morbidade e mortalidade principalmente em crianças em idade escolar. Estima-se que 3,5 bilhões de indivíduos se encontram infectados no mundo, destes, aproximadamente 450 milhões são crianças. O clima brasileiro contribui como fator de disseminação dos parasitos intestinais que são endêmicos em várias regiões do país, constituindo problema de Saúde Pública. Os altos índices de parasitoses no Brasil estão relacionados à falta de saneamento básico, ao nível socioeconômico e de higiene. O presente estudo tencionou determinar a prevalência de parasitos intestinais em crianças de uma Instituição Assistencial do município de Criciúma - Santa Catarina. Foram incluídas no estudo as crianças matriculadas no 1º e 2º ano. Amostras de fezes foram coletadas no período de maio a junho de 2016 e encaminhadas para o LENAC - UNESC. As amostras foram analisadas pelo método de sedimentação espontânea. Os responsáveis pelos escolares responderam um questionário socioeconômico. A amostra foi constituída de 52 escolares, sendo 53,8 do sexo feminino. Das amostras analisadas 23% mostraram positividade para parasitos intestinais, sendo que *Entamoeba coli* esteve presente em 83,3% das crianças parasitadas, *Giardia lamblia* em 16,6% e *Ascaris lumbricoides* em 8,3%. Com respeito às condições de vida, 51,9% apresentaram renda entre 1 e 2 salários, 96,2% são beneficiados com água tratada, 94,2% têm coleta de lixo e 82,7% tem tratamento de esgoto. Os resultados mostraram correlação significativa entre o consumo de água não tratada e o desenvolvimento de parasitoses intestinais.

Palavras-chave: Parasitos Intestinais, Prevalência, Escolares, Saneamento básico.

Fonte financiadora: UNESC

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Neves (2011) o parasitismo é uma relação que se baseia na associação entre seres vivos onde somente um se beneficia. O parasito como agente agressor utiliza o hospedeiro como fonte alimentar e como abrigo. Favorecendo-se e podendo causar dano ao hospedeiro, bem como a doença parasitaria decorre de um desequilíbrio entre ação do parasito e o potencial de resistência do hospedeiro.



Os parasitos intestinais são responsáveis por infecções decorrentes do meio e das circunstâncias as quais os indivíduos estão expostos. Estes intensificam morbidade e mortalidade, e merecem atenção principalmente em países em desenvolvimento, onde o saneamento básico é precário ou inexistente (BATISTA; TREVISOL; TREVISOL, 2009; GIL et al., 2013; CARDOSO et al, 2015). Nos países em desenvolvimento aproximadamente 2,5 bilhões de indivíduos não tem acesso a saneamento adequado e 780 milhões de indivíduos ainda não têm acesso à água potável em todo o mundo (CDC, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 3,5 bilhões de indivíduos se encontram infectados por helmintos e protozoários intestinais no mundo, no entanto, destes, estima-se que 450 milhões são crianças (BELO et al, 2012; GIL et al, 2013; CARDOSO et al, 2015). Mais de 1 bilhão de indivíduos no mundo estão infectados por *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichuria* e Ancilostomídeos, os helmintos mais prevalentes na epidemiologia mundial, 600 milhões indivíduos no mundo estão infectados por *Entamoeba histolytica* e por *Giardia lamblia*, os protozoários mais prevalentes na epidemiologia mundial (CARDOSO et al, 2015). Entre os protozoários intestinais a *Entamoeba histolytica* infecta 50 milhões de indivíduos e a *Giardia lamblia* infecta 500 milhões de indivíduos anualmente na Ásia, África e na América latina (GIL et al, 2013).

Os parasitos intestinais afetam aproximadamente 30% da população mundial. Estes números costumam evidenciar as fragilidades socioeconômicas de países onde estas enfermidades são endêmicas (BELO et al, 2012; SILVA et al, 2015). As doenças parasitárias intestinais são responsáveis por degradar o estado de saúde dos indivíduos infectados, mostrando quadros assintomáticos e quando sintomáticos as manifestações mais comuns são anorexia, irritabilidade, alterações do sono, náuseas, êmese, diarreia e dores abdominais (BELO et al, 2012; BARBOSA; SOUZA; THOMÉ, 2015).

O clima brasileiro contribui como fator de disseminação dos parasitos intestinais que são endêmicos em várias regiões do país, constituindo problema de saúde pública de difícil solução. Os protozoários e os helmintos, agentes causadores das doenças parasitárias intestinais encontram-se amplamente distribuídos geograficamente no Brasil, ambos atingem tanto a áreas rurais quanto áreas urbanas (CARDOSO et al, 2015).

Os altos índices de parasitoses no Brasil estão relacionados à falta de saneamento básico de muitos dos municípios brasileiros. De acordo com Instituto



Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2008), de 5564 municípios pesquisados, 3069 tinham algum tipo de esgotamento sanitário, evidenciando a falta de infraestrutura básica dos municípios brasileiros. Ainda segundo o IBGE (2008) a população da área rural é mais desfavorecida em abastecimento de água que a população da área urbana em todas as regiões do Brasil com uma desigualdade de 91,9% para 25,2%. As áreas rurais também exibem uma menor cobertura de esgotamento sanitário em relação à área urbana. Em algumas áreas do Brasil como do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, essa cobertura passa a ser inferior a 60%, inclusive na área urbana (BRASIL, 2010).

O saneamento básico se baseia, entre outros aspectos, no abastecimento de água às populações e no tratamento de esgoto sanitário. Portanto a água deve garantir condições básicas de conforto e de promoção da saúde para população atendida pelos serviços de saneamento básico. Isto é, o abastecimento de água potável é relacionado à promoção de saúde e qualidade de vida. Assim, o consumo de água inadequada acarreta na ocorrência de enfermidades, gerando problemas de saúde pública (GUIMARÃES; CARVALHO; SILVA, 2007).

Conforme Macedo (2004) a água veicula a transmissão de doenças infectocontagiosas através da ingestão de água contaminada ou da utilização desta em outras atividades humanas, como preparo de alimentos, uso na agricultura e na pesca. Sendo que a contaminação da água por fezes humanas e de animais e também em contato com solo e vegetais, representa a principal fonte de contaminação.

Segundo Tsutiya (2006) as enfermidades que podem ser transmitidas pela água estão no grupo das Doenças Infecciosas e Parasitárias – DIP, conforme a Classificação Internacional de Doenças – CID, estabelecida pela Organização Mundial da Saúde. Entre as DIP, as doenças caracterizadas por veiculação hídrica são as infecciosas intestinais caracterizadas pelas diarreias, sendo que, entre as melhorias do saneamento básico, os sistemas de abastecimento de água são os que geram maior impacto na redução de doenças infecciosas.

Em um levantamento multimetacêntrico feito em estudantes em faixa etária de 7 a 14 anos, abrangendo alguns estados do Brasil, 55,3% de crianças albergavam algum parasito intestinal, do qual a ascaridíase, tricuriase e a giardíase exibiram uma divisão semelhante, comprovando ampla disseminação e elevada incidência dos parasitos intestinais no país. Os parasitos intestinais albergados por crianças em idade escolar assumem destaque não somente pela morbidade, mas pela forma como estão ligados



aos casos de diarreia infantil, levando à insuficiência nutricional, deficiência estrutural, e intelectual como dificuldade de concentração e aprendizado e em quadros diarreicos mais graves podendo levar a óbito (BARBOSA et al, 2009; SANTOS, 2014).

As complicações causadas pelas doenças diarreicas matam mais crianças que a AIDS, malária e sarampo juntos, fazendo das doenças diarreicas a segunda maior causa de óbito de crianças menores de 5 anos de idade no mundo. Em 88% dos óbitos por doenças diarreicas são conferidos a falta de higiene, água e saneamento inadequados (CDC, 2014).

As crianças requerem cuidados diferenciados, pois a infecção parasitária leva a morbidade que pode levar a alterações biológicas dependendo da espécie, assim ocasionando deficiência nutricional (*Ascaris lumbricoides* e *Trichuris trichiura*), anemia ferropriva (*Ancylostoma duodenale* ou *Necator americanus*), diarreia e má absorção (*Entamoeba histolytica* e *Giardia lamblia*), alteração do trânsito intestinal, gerando retenção das fezes ou dificultando a evacuação, aumento exagerado de gases particularmente no intestino, trazendo um desconforto abdominal com dores intensas, produzindo dificuldade no aprendizado entre outras alterações psicológicas, demasiadamente relacionadas à carga parasitária (SANTOS, 2014).

As crianças possuem o sistema imunológico imaturo que juntamente com deficiência nutricional, a alta carga parasitária induz a ocorrência de casos graves, como obstrução intestinal, volvo, colite fulminante com perfuração, abscesso cerebral que podem ocasionar uma sepse e em consequência levar ao óbito (BATISTA; TREVISOL; TREVISSOL, 2009; SILVA et al., 2015).

Crianças em idade escolar são mais acometidas por parasitos intestinais, pois estão constantemente expostos a condições de infecção e reinfecção. Os espaços coletivos sustentam grande circulação e transmissão de microrganismos patogênicos devido ao elevado contato entre elas, devido os maus hábitos de higiene pessoal e coletiva, por terem contato maior com solo levando a mão, objetos e/ou alimentos potencialmente contaminado a boca (ARAUJO FILHO, et al, 2011, SILVA et al., 2015).

Os ambientes usados para recreação infantil são de alta transmissibilidade, em um levantamento feito nas caixas de areia em sete escolas municipais de educação infantis em Uruguaiana, 100% delas foram positivas para parasitos, sendo que os ovos de Ancilostomídeos foram os mais prevalentes, e quanto a sazonalidade o número ovos aumentou com chegada do verão (FIGUEIREDO et al., 2011).



Dentro deste contexto os estudos de prevalência se propõem em determinar a problemática das altas taxas de morbidade associadas aos parasitos intestinais, visando melhorar a qualidade de saúde dos escolares já que, estes ambientes são propícios para essas infecções, afetando-os diretamente, alterando seu potencial intelectual e físico, para tanto o objetivo deste estudo foi determinar a prevalência de parasitos intestinais e promover atividades de prevenção através informações a respeito das formas de contágio, diagnóstico, tratamento e profilaxia usando uma linguagem simples, música, teatro e brincadeiras ligando a higiene com educação sanitária eficaz para solução da problemática que as doenças parasitárias produzem nas crianças.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HELMINTOS MAIS PREVALENTES

Ascaris lumbricoides, *Trichuris trichuria* e Ancilostomídeos, são os helmintos mais prevalentes encontrados no trato gastrointestinal dos seres humanos (CARDOSO, 2015) onde produzem seus ovos, eliminando por meio das fezes. Apresentam o mesmo mecanismo de transmissão para o ser humano, por meio da ingestão de ovos do parasita através do contato com solo contaminado, na água e/ou alimentos contaminados com fezes (REY, 2002).

Ascaris lumbricoides é agente responsável pela ascaridíase doença que é comum, sendo os sintomas mais comuns, dor abdominal, diarreia, náuseas e anorexia; podendo causar obstrução intestinal e em alguns pacientes pode apresentar infestações pulmonares causando bronco espasmo hemoptise e pneumonite, e até mesmo a expulsão do verme adulto por via oral (BRASIL, 2010, NEVES, 2011).

A tricuriase é causada pelo helminto *Trichuris trichiura* e pode ser assintomática, mas em pacientes debilitados nutricionalmente, de acordo com a quantidade de vermes leva sintomas graves e morte do parasitado (REY, 2002; AMATO NETO, 2008). Os principais sintomas são: dor abdominal, tenesmo, perda de peso, flatulência, constipação e febre, ocorrendo intensa irritação intestinal e prolapso retal, devido grande quantidade de vermes no intestino grosso (BRASIL, 2010; NEVES, 2011).

Ancilostomídeos são responsáveis pela Ancilostomose, doença popularmente conhecida como amarelão, causada por nematódeos dos gêneros *Ancylostoma*



duodenale e *Necator americanus*, esses parasitas se fixam no intestino delgado de seu hospedeiro sugando seu sangue, podendo apresentar-se de forma assintomática ou não sendo os principais sintomas a anemia ferropriva, desnutrição, vômitos, diarreia e flatulência (AMATO NETO, 2008; NEVES, 2011).

2.2 PROTOZOÁRIOS MAIS PREVALENTES

Giardia lamblia e *Entamoeba histolytica* são protozoários patogênicos, mais frequente em seres humanos (CARDOSO, et al., 2015), apresentam cisto como forma de transmissão (NEVES, 2011).

A *Giardia lamblia* é um protozoário patogênico mais frequente em crianças, sendo que sua contaminação fecal-oral em grande parte se deve a presença de cisto na água, esse predomínio se deve ao fato da cloração usado no tratamento da água não ser o suficiente para eliminar o cisto e hábito de não se ferver a água usada para beber, o cisto também pode estar nos alimentos e em ambientes contaminados por fezes, a *Giardia lamblia* acomete principalmente a porção superior do intestino delgado, sendo muitas vezes assintomática, quando se apresenta de forma aguda podem ocorrer os seguintes sintomas: dor abdominal acompanhada de diarreia, o principal agravamento está no aumento de trofozoíto agregado a má absorção de gordura e vitaminas, acarretando em fezes líquidas de aspecto gorduroso e persistente, cansaço, falta de apetite, flatulência e distensão abdominal (REY, 2002, NEVES, 2011).

Amebíase é a doença causada por protozoário *Entamoeba histolytica*. Os cistos ou trofozoítos podem ser transmitidos ao indivíduo humano através de água contaminada por fezes humanas, e os alimentos ingeridos contaminados são os modos mais comuns de transmissão (NEVES, 2011).

Os sintomas podem variar desde um leve desconforto abdominal, até uma diarreia aguda e fulminante, de aspecto sanguinolento e com muco, presença de febre e calafrios. Em casos graves os trofozoítos se espalham pela corrente sanguínea. O período de incubação varia entre 2 a 4 semanas podendo durar dias ou anos. As complicações mais severas são o granuloma amebiano na parede abdominal, abscesso pulmonar, hepático ou cerebral, pancreatite, empiema, colite fulminante com perfuração. No diagnóstico os cistos ou trofozoítos são encontrados nas fezes, ou raspados realizados através de endoscopia digestiva, aspirados ou cortes de tecidos dos órgãos



acometidos. A tomografia computadorizada também pode ser um exame útil no diagnóstico dos abscessos (BRASIL 2010; NEVES, 2011).

2.3 PROTOZOÁRIOS COMENSAIS

Com frequência são detectados protozoários nos exames parasitológicos de fezes, que até o momento não se tem conhecimento de ação patogênica. Eles têm importância pelo fato de conferir exposição a parasitos por via hídrica ou alimentar e também porque não há designação de tratamento para erradicação desses agentes. Os protozoários *Entamoeba coli* e a *Endolimax nana* e as demais amebas gastrointestinais são apontados como não patogênicos, porém indicam contaminação oral-fecal e ambiente precário de higiene. A *Entamoeba díspar* não patogênica pode ser confundida devido à grande semelhança morfológica com a *Entamoeba histolytica* no exame de fezes (REY,2002).

A *Entamoeba coli* são as amebas comensais mais encontradas nos seres humanos, dentre que seu diagnóstico deve-se a diferenciação nas dimensões dos cistos e trofozoítos (NEVES, 2011).

3 METODOLOGIA

O estudo transcorreu no município de Criciúma/SC em uma Instituição Assistencial, sendo parte do projeto de extensão Prevenção de Doenças Infecciosas e Parasitárias, vinculado ao programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. A amostra foi censitária, consistindo em aplicação de questionário socioeconômico aos pais ou responsáveis (renda familiar, saneamento básico, hábitos higiênicos) e coleta de material biológico (fezes) de escolares dos 1º e 2º anos. Das 150 crianças matriculadas, participaram do estudo 52 crianças entre 6 e 8 anos. Para coleta das fezes, foram entregues orientações impressas aos pais ou responsáveis, sendo dispensado aos mesmos um frasco coletor de boca larga totalmente isento de contaminação, ideal para coleta da amostra fecal, sendo que foi solicitado a cada escolar apenas uma amostra de fezes. Posteriormente, a amostra foi entregue na Instituição juntamente com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e com questionário socioeconômico devidamente preenchidos e assinados pelos pais ou responsáveis. As amostras foram refrigeradas



como forma de preservação, acondicionadas em caixas térmicas e enviadas ao Laboratório de Ensino em Análises Clínicas – LENAC I pertencente aos Cursos da Saúde, da Universidade do Extremo Sul Catarinense, onde se processou as análises. As amostras foram recebidas e cadastradas em formulário contendo os dados da criança e analisadas por sedimentação espontânea. O método de Hoffman, Pons, Janer ou Lutz (HPJ), sendo um dos métodos mais utilizados na rotina laboratorial, pois este permite a pesquisa de ovos e larvas de helmintos e cistos e alguns oocistos de protozoários que possuem tamanho maior (NEVES, 2011). Após obtenção dos resultados, foi determinada a prevalência de parasitos na população estudada e feita correlação com os aspectos socioeconômicos, sanitários, hábitos de higiene, idade, sexo, pelo teste estatístico Qui-quadrado, considerando nível de significância de 95%, através do programa estatístico SPSS 20.0. Os resultados foram apresentados na forma de gráficos e tabelas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos - CEP da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Número do Parecer 1.521.740.

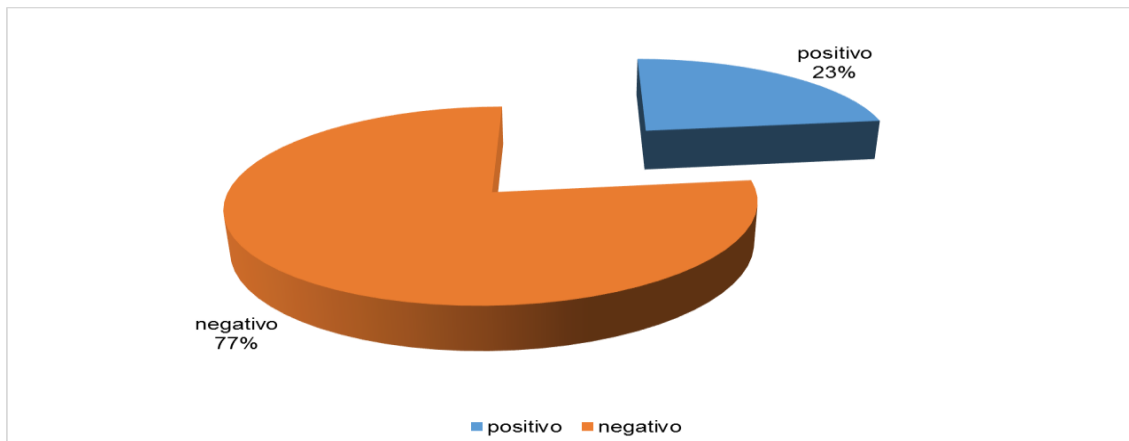
4 RESULTADOS

Das 150 crianças matriculadas no 1º e 2º anos do Bairro da Juventude em Criciúma convidadas a participar da pesquisa, 52 crianças aderiram ao exame de fezes juntamente com questionário e o termo de consentimento, sendo que 28 eram do sexo feminino e 24 do sexo masculino, com idade de 6 a 8 anos, entre maio a junho de 2016.

Verificou-se que a maior parte dos participantes (51,9%), possui renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, enquanto que somente 5,8% das famílias possui renda entre 3 e 5 salários mínimos mensais, sendo que a renda familiar não mostrou correlação estatisticamente significativa com a positividade dos exames de fezes.

A análise das 52 amostras de fezes mostrou 12 (23%) resultados positivos, apresentaram positividade para um ou mais parasitos, e 40 (77%) resultados negativos (Gráfico 1). Dentre os casos positivos que foram detectados, considerando somente os patogênicos, o percentual cai para 5,76%.

Gráfico 1 - Resultados do exame parasitológico de crianças de Instituição Assistencial do município Criciúma/SC, (n=52), 2015.



Fonte: dados do pesquisador, 2016.

A baixa positividade para parasitos patogênicos observada na população avaliada pode ser decorrente da assistência em saúde recebida pelos estudantes da Instituição que conta com assistência permanente de médico, odontólogo e profissional de enfermagem.

Nossos resultados se aproximam dos apresentados em estudo realizado no município de São Joaquim/SC por Schmitt e Paes (1997) que mostrou 22,36% de positividade para parasitos.

Diversos autores efetuaram estudos semelhantes no Brasil e no mundo, porém as prevalências foram bastante divergentes (Tabela 1), possivelmente por diferenças em aspectos socioeconômicos, sanitários, epidemiológicos, culturais, da metodologia aplicada e do número de amostras (SCHIMITT; PAES, 1997; SANTOS, 2014; SOUZA; THOME; SOUZA, 2015; CAVAGNOLI et al., 2015).

Tabela 1: Prevalência de parasitoses em crianças em idade escolar nas diferentes regiões do Brasil.

Cidade/Estado	Prevalência %	Autor	Ano
Coari/AM	83,00	SANTOS et al.	2010
Italva/RJ	71,05	SOUZA; THOME; SOUZA	2015
Florianópolis/SC	61,40	SANTOS et al.	2014
Crato/CE	60,80	COUTINHO et al.	2011
Cunha/RS	10,00	CAVAGNOLLI	2015

Estudo realizado por Escobar-Pardo et al., (2010), no Parque Indígena do Xingu na região norte do Brasil, avaliou a prevalência de parasitos intestinais em 304

crianças indígenas entre dois e nove anos, foram coletadas duas amostras com intervalo de um ano, em uma primeira amostra de duzentas e duas crianças identificou-se presença de parasitoses em 97,5%, a segunda contou com cento e duas crianças, onde 96,1% foram positivas. Em estudo realizado no Centro de Saúde Municipal de Criciúma, Santa Catarina por Schnack et al. (2003), com crianças de 0 a 5 anos em quadro diarreico, 85,1% estavam infectados por *Cryptosporidium*, e 56,4% por *Giardia lamblia*, 4,3% infectados por *Entamoeba histolytica*, e 4 amostras foram positivas para *Escherichia coli* enteropatogênica, sendo que apenas uma das amostras positivou para Rotavírus.

Entre os resultados positivos encontrados nos escolares da Instituição Assistencial, os parasitos mais frequentes foram o protozoário comensal *Entamoeba coli*, seguido pelo patogênico *Giardia lamblia*, e o helminto encontrado *Ascaris lumbricoides* conforme Tabela 2.

Tabela 2: Frequência de parasitos intestinais encontrados na análise de fezes de escolares da Instituição Assistencial do município de Criciúma/SC.

Parasitos intestinais	Frequência n (%)
<i>Entamoeba coli</i>	10 (83,3)
<i>Giardia lamblia</i>	2 (16,6)
<i>Ascaris lumbricoides</i>	1 (8,3)
n=	13

Fonte: dados do pesquisador, 2016.

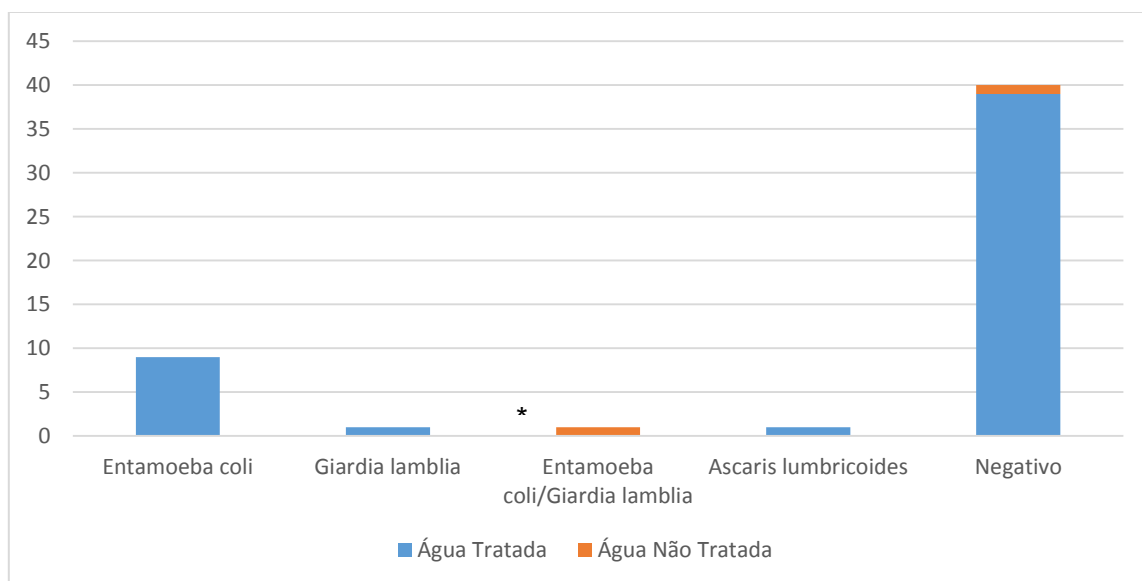
A frequência elevada de *Entamoeba coli* é preocupante, pois conforme Basso et al. (2008), ainda que o protozoário seja comensal, sua transmissão é por via fecal-oral, situação de risco de infecções por organismos patogênicos que possuem o mesmo mecanismo de disseminação. Segundo o estudo que visou avaliar a variação em 35 anos da prevalência de parasitos intestinais nos escolares de Caxias do Sul/RS, houve crescimento do parasito *Entamoeba coli*, sendo o protozoário não patogênico mais prevalente, redução na helmintíase por *Ascaris lumbricoides*, para *Giardia lamblia* não houve alteração significativa na detecção ao longo do tempo.

A frequência de *Giardia lamblia*, pode estar subestimada, pois a eliminação da forma evolutiva do parasito é intermitente nas fezes, visto que o necessário seria de pelo menos três amostras fecais de cada aluno (NEVES,2011), sendo que este estudo teve intervenção transversal, obtendo-se apenas uma amostra de cada aluno. Já a frequência de *Ascaris lumbricoides* foi a mais baixa, o que pode ser um indicativo de melhores

condições de saneamento básico, sendo 82,7% utilizam rede de esgoto para o destino final dos dejetos e 96,2% relataram consumo de água tratada.

Apesar do baixo percentual de consumo de água não tratada relatado, houve correlação estatisticamente significativa entre o consumo de água não tratada e a presença de parasitos intestinais (Gráfico 2). Segundo Macedo (2004) o uso de água não tratada para consumo humano contribui para transmissão de vários parasitos, pois suas formas evolutivas são veiculadas pela água sendo este um fator de risco já conhecido para desenvolvimento de doença parasitária.

Gráfico 2: Correlação dos parasitos pela qualidade da água de abastecimento das moradias dos 52 estudantes da Instituição Assistencial Bairro do município Criciúma/SC, amostra da pesquisa.



Fonte: dados do pesquisador, 2016.

* $p \leq 0,000$

Em um estudo realizado com 257 escolares com idades entre cinco e treze anos, em doze escolas da rede municipal, localizados na zona urbana de Caxias do Sul - RS, revelou-se uma baixa prevalência das parasitoses nas amostras pesquisadas, onde 99,2% consumiam água potável, e moradias com boas condições de saneamento (CAMELLO et al., 2016).

No que se refere ao gênero da população estudada, 28 (53,8%) pertenciam ao sexo feminino e 24 (46,2%) ao sexo masculino, a infecção por helminto foi diagnosticada

somente no sexo feminino, protozoários foram detectados em ambos os gêneros. A análise correspondente à faixa etária mostrou que 23 (44,2%) dos alunos tinham 6 anos, 23 (44,2%) 7 anos e 6 (11,5%) tinham 8 anos. Em relação à positividade nas diferentes faixas etárias, observou-se que dos infectados por *Entamoeba coli* 22,2% tinham 6 anos, 66,7% tinham 7 anos e 11,1% tinha 8 anos, a criança infectada por *Ascaris lumbricoides* tinha 6 anos, dos parasitados por *Giardia lamblia* e por biparasitismo por *Entamoeba coli*/*Giardia* ambos tinham 7 anos.

No estudo de Santos et al. (2014) a faixa etária com maior prevalência foi entre 5 e 6 anos, o que difere da pesquisa atual, onde o maior número de parasitados foram encontrados nos indivíduos de 6 e 7 anos. Em Seefeld e Pletsch (2007) a faixa etária com maior presença de parasito foi a de 6 e 7 anos, o que se assemelha com o presente estudo. Belloto et al., (2011) em Mirassol/SP afirma que a maior positividade foi entre 8 a 10 anos, sendo que não observou significância entre as faixas etárias. No estudo de Costa et al. (2015) em Xanxerê/SC, 66% das crianças que frequentavam uma escola de ensino público, de seis meses a 5 anos de idade, encontravam se parasitadas.

5 CONCLUSÃO

Frente aos resultados observados fica evidenciada a existência de uma relação direta entre as crianças parasitadas e o uso de água não tratada. A falta de cuidados com o tratamento preventivo é considerada uma importante forma de veiculação de parasitos, o que sugere a necessidade da própria população fazer o tratamento adicional da água a ser consumida como ferver ou fazer uso de filtros.

Podem ser apontados como limitações do estudo: o baixo número de amostras, resultante da baixa adesão dos pais ou responsáveis e também o número de coletas realizadas, sendo que um resultado ideal e satisfatório deve prover de três amostras consecutivas, minimizando o risco de se obter um resultado falso negativo relacionado ao ciclo biológico dos parasitos.

REFERÊNCIAS

AMATO NETO, V. et al. **Parasitologia uma abordagem clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 244 p.



- ARAUJO FILHO, H.B. et al. Parasitose intestinal se associa a menores índices de peso e estatura em escolares de baixo estrato sócio econômico. **Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 4, p.521-528, 2011.
- BARBOSA, J.O.; SOUZA, A.D.; THOMÉ, M.P.M. Ocorrência de enteroparasitoses em alunos da escola municipalizada Deputado Salim Simão em Santo Antônio de Pádua (RJ). **Reinpec**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p.183-286, 2015.
- BARBOSA, L.A. et al. A educação em saúde como instrumento na prevenção de parasitose. **Asp**, Santos, v. 22, n. 4, p.272-278, 2009.
- BASSO, Rita Maria Callegari et al. Evolução da prevalência de parasitoses intestinais em escolares em Caxias do Sul, RS. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 41, n. 3, p.263-268, 2008.
- BATISTA, T.; TREVISOL, F.S.; TREVISSOL, D.J. Parasitose em pré-escolares matriculados em creche filantrópica no sul de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Tubarão, v. 38, n. 3, p.39-45, 2009.
- BELLOTO, M.V.T. et al. Enteroparasitoses numa população de escolares da rede pública de ensino do Município de Mirassol, São Paulo, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude [online]**. 2011, vol.2, n.1, pp.37-44. ISSN 2176-6223. <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232011000100004>.
- BELO, V.S. et al (Org.). Fatores associados à ocorrência de parasitoses intestinais em uma população de crianças e adolescentes. **Paulista de Pediatria**. São João Del Rei, v. 2, n. 30, p.195-201, 31 out. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de bolso: Doenças Infecciosas**. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 448 p.
- BRASIL.INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTAÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de saneamento básico de 2008**. Rio de Janeiro, 2010. 219 p. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45351.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2016.
- CAMELLO, J. T. et al. Prevalência de parasitoses intestinais e condições de saneamento básico das moradias em escolares da zona urbana de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. **Scientia Medica**, v. 26, n. 1, p.21716-6, 30 mar. 2016. EDIPUCRS. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2016.1.21716>.
- CARDOSO, C.O. et al. Epidemiologia das enteroparasitoses evidenciadas em crianças no município de Porto Velho-RO. **Journal of Amazon Health Science**, Acre, v. 1, n. 2, p.85-96, 2015.
- CAVAGNOLLI, N.I. et al. Prevalência de Enteroparasitoses e Análise Socioeconômica de Escolares em Flores da Cunha-RS. **Revista de Patologia Tropical**. v. 44, n. 3, p.312-322, 2015.



CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. **The safe water System**. Atlanta, USA: CDC, 2014. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/safewater/index.html>> Acesso em: 5 jun. 2016.

COSTA, T.D. et al. Análise de enteroparasitoses em crianças em idade pré-escolar em município de Santa Catarina, Brasil. **Revista Prevenção de infecção e Saúde**. Piauí, v. 1, n. 2, p.1-9, 2015.

COUTINHO, H.D.M. et al. Prevalência de parasitoses intestinais entre crianças de 4-12 anos no Crato, Estado do Ceará: um problema recorrente de saúde pública. *Acta Scientiarum. Health Science*, [s.l.], v. 33, n. 1, p.35-41, 19 maio 2011. <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v33i1.8539>.

ESCOBAR-PARDO, M.L. et al. Prevalence of intestinal parasitoses in children at the Xingu Indian Reservation. **Jornal de Pediatria: Sociedade Brasileira de pediatria**. Rio de Janeiro, p. 493-496. 25 ago. 2010.

FIGUEIREDO, M. I. de O. et al. Levantamento sazonal de parasitos em caixa de areia nas escolas municipais de educação infantil em Uruguaiana, RS, Brasil. **Revista de Patologia Tropical**, Uruguaiana, v. 4, n. 1, p.36-46, 2011.

GIL, F.F. et al. High prevalence of enteroparasitosis in urban slums of Belo Horizonte-Brazil. Presence of enteroparasites as a risk factor in the family group. *Pathogens and Global Health*. Belo Horizonte, v. 107, n. 6, p. 320-324, 2013.

GUIMARÃES, A.J.A; CARVALHO, D.F.; SILVA, L.D.B. **Saneamento Básico**: IT 179. Agosto, 2007.

MACÊDO, J.A.B. **Águas & Águas**. São Paulo: Varela, 2004. 977 p.

NEVES, D.P. et al. **Parasitologia humana**. 12. ed. São Paulo: Atheneu, 2011. 546 p.

REY, L. **BASES DA PARASITOLOGIA MÉDICA**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. 379 p.

SANTOS, Juliano dos et al. PARASITÓSES INTESTINAIS EM CRIANÇAS DE CRECHE COMUNITÁRIA EM FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL. **Revista de Patologia Tropical**, [s.l.], v. 43, n. 3, p.332-340, 9 out. 2014. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/rpt.v43i3.32201>.

SCHNAK, F.J. et al. Enteropatógenos associados com diarreia infantil (< 5 anos de idade) em amostra da população da área metropolitana de Criciúma, Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.4, n.19, p. 1205-1208, 2003.

SCHMITT, M.L; PAES, M.A.S. Prevalência de parasitoses intestinais em escolares no município de São Joaquim, SC. **Rev Bras Anal Clin**. Rio de Janeiro, v.4, n. 29, p. 215-6, 1997.



SEEFELD, C.; PLETSCHE, M.U. Ocorrência de parasitoses intestinais em crianças com idade entre 0 e 9 anos durante o ano de 2006 no município de Campo Novo (RS, Brasil). **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 7, n. 13, p.59-65, dez. 2007.

SILVA, A.O. et al. Epidemiologia e prevenção de parasitoses intestinais em crianças das creches municipais de Itapuranga-GO. **Revista Faculdade Montes Belos**, Goiás, v. 8, n. 1, p.1-17, 2015.

SOUZA, M. P.; THOME, M.P.M.; SOUZA, Á.D. Enteroparasitoses em alunos da Escola Municipal Antônio Ferreira da Fonseca, localidade rural do município de Italva (RJ). **Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico: REINPEC**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p.127-288, 30 dez. 2015.

TSUTIYA, M.T. **Abastecimento de água**. 4. ed. São Paulo: Escola Politécnica da USP, 2006. 643 p.