



TÓPICOS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



Volume
16
Ano 2020



Editora Poisson

Editora Poisson

Tópicos em Ciências da Saúde Volume 16

1ª Edição

Belo Horizonte
Poisson
2020

Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial

Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais

Msc. Davilson Eduardo Andrade

Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas

Msc. Fabiane dos Santos

Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia

Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC

Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy

Msc. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T674

**Tópicos em Ciências da Saúde-Volume 16/
Organização Editora Poisson - Belo
Horizonte - MG: Poisson, 2020**

Formato: PDF

ISBN: 978-65-86127-15-7

DOI: 10.36229/978-65-86127-15-7

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

**1. Saúde 2. Medicina 3. Enfermagem
I. Título.**

CDD-610

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

www.poisson.com.br

contato@poisson.com.br

SUMÁRIO

- Capítulo 1:** Abordagem da violência contra a mulher em Marabá: Um relato de experiência 08
Analécia Dâmaris da Silva Alexandre, Fabiana Nascimento Benedik, Jaqueline Miranda de Oliveira, José Antônio Cordero da Silva, Kecyani Lima dos Reis, Gisele Rodrigues de Carvalho Oliveira, Hugo Santana dos Santos Júnior
DOI: 10.36229/978-65-86127-15-7.CAP.01
- Capítulo 2:** O direito à saúde e a sua judicialização em resposta a conflitos..... 17
Herlen Portela da Ponte, Levi de Carvalho Bastos, Luana da Silva Dias, Renaud Ponte Aguiar, Betania Moreira de Moraes
DOI: 10.36229/978-65-86127-15-7.CAP.02
- Capítulo 3:** Avaliação dos fatores de risco cardiovasculares em universitários na cidade de Marabá-PA. 22
Hellen Gonçalves da Silva, Marcelo Dias Ferreira Júnior, Kessia Castro de Sousa, Adharsia Melissa Dias Marinho, Katleem de Sousa Saraiva, Cilene Aparecida de Souza Melo
DOI: 10.36229/978-65-86127-15-7.CAP.03
- Capítulo 4:** O uso dos taxanos para o tratamento do Câncer de Mama 26
Jackson Sabadin de Lara, Eliana Rezende Adami
DOI: 10.36229/978-65-86127-15-7.CAP.04
- Capítulo 5:** Atenção farmacêutica aos pacientes em uso de medicamentos inibidores de receptor do fator de crescimento epidérmico de 1º e 2º linha de tratamento..... 35
Mariana Alves Carneiro da Silveira, Milena de Oliveira Jayme, Eliana Rezende Adami
DOI: 10.36229/978-65-86127-15-7.CAP.05
- Capítulo 6:** Abscesso Hepático secundário à perfuração do trato gastrointestinal por palito de dente..... 48
Jamyle Balla da Silva, Renor Gonçalves de Castro Neto, Elismar Primo Moreira, Karina Keila Monteiro Almeida, Gabriella Saraiva Lopes, Wander Ricardo Quadros da Silva
DOI: 10.36229/978-65-86127-15-7.CAP.06
- Capítulo 7:** Alimentos ou medicamentos? Os desafios da regulamentação dos suplementos no Brasil 54
Iangla Araujo de Melo Damasceno, Maykon Jhuly Martins de Paiva, Amanda Nascimento Lima, Avelina Alves Sales, Renata Ferreira Diogo
DOI: 10.36229/978-65-86127-15-7.CAP.07

SUMÁRIO

Capítulo 8: Perfil do estado nutricional de idosos de uma Policlínica Gerontológica na cidade de Manaus – Amazonas 61

David Silva dos Reis, Vanusa do Nascimento, Fernanda Farias de Castro, Jardel de Souza Pinheiro, Euler Esteves Ribeiro, Denimara Miranda Neves

DOI: 10.36229/978-65-86127-15-7.CAP.08

Capítulo 9: Atividade física e socialização no grupo de idosos “Com Vida Ativa” 69

Sílvia Borges, Daniela de Jesus Pereira Segadilha, Joselaine Dantas

DOI: 10.36229/978-65-86127-15-7.CAP.09

Capítulo 10: A saúde do idoso diabético e sua correlação com os componentes curriculares na atenção primária em saúde..... 77

Rosilene Alves de Almeida, Rosângela Alves Almeida Bastos, Karla Fernandes da Silva, Guêdijany Henrique Pereira, Francisca das Chagas Alves de Almeida

DOI: 10.36229/978-65-86127-15-7.CAP.10

Capítulo 11: Percepção do estudante de medicina sobre o preparo para lidar com a morte no cotidiano da graduação. 83

Adharsia Melissa Dias Marinho, Katleem de Sousa Saraiva, Hellen Gonçalves da Silva, Kessia Castro de Sousa, Marcelo Dias Ferreira Junior, Cilene Aparecida de Souza Melo

DOI: 10.36229/978-65-86127-15-7.CAP.11

Capítulo 12: Atuação de uma equipe multiprofissional de residentes no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF)..... 94

Giselle da Silva Tavares Costa, Suellen Moura Rocha Ferezin, Erika de Sousa Silva, Sabrina Maciel Nascimento, Mayara Viana de Lima

DOI: 10.36229/978-65-86127-15-7.CAP.12

Capítulo 13: O enfermeiro na saúde coletiva brasileira: Uma revisão de literatura... 97

Lauany Silva de Medeiros, Karen Silva de Castro, Michele Pinheiro Ferreira, Nayara Fernanda Alves Moreira, Keise Helaine Moreira da Silva Pinto, Sâmara Cristina Souto de Almeida

DOI: 10.36229/978-65-86127-15-7.CAP.13

Capítulo 14: Atendimento humanizado em unidades de média e alta complexidade 101

Júlia Ribeiro Batista, Jaylen França Cunha, Benedito do Carmo Gomes Cantão, Eunice Lara dos Santos Cunha, Anderson Bentes de Lima, José Benedito dos Santos Batista Neto, Letícia Sousa do Nascimento, Isabelle Guerreiro de Oliveira, Orielson Costa de Leão

DOI: 10.36229/978-65-86127-15-7.CAP.14

SUMÁRIO

Capítulo 15: Atenção humanizada no pós parto: Revisão de literatura 107

Benedito do Carmo Gomes Cantão, Anderson Bentes de Lima, Adilson Sanches de Souza, José Benedito dos Santos Batista Neto, Jaylen França Cunha, Eunice Lara dos Santos Cunha, Alice Monteiro Gomes, Letícia Sousa do Nascimento, Orielson Costa de Leão

DOI: 10.36229/978-65-86127-15-7.CAP.15

Capítulo 16: Contribuição da espiritualidade em saúde para uma assistência equânime de pacientes hipertensos..... 113

Matheus da Silva Sakamoto, Andréa Costa de Andrade, José Geraldo Xavier dos Anjos, Marilene de Sena e Silva, Ayllon Menezes de Oliveira

DOI: 10.36229/978-65-86127-15-7.CAP.16

Capítulo 17: A fala e escuta como possibilidade de enfrentamento biopsicossocial no tratamento da dependência química..... 120

Neudson Johnson Martinho, Gabriel de Lima Araújo

DOI: 10.36229/978-65-86127-15-7.CAP.17

Capítulo 18: O acompanhamento psicológico na linha de cuidado do sobrepeso e obesidade 124

Maria Geórgia Duarte de Macêdo, Jelcivane Pinheiro da Costa, Andréa Costa de Andrade, Eliane Azulay Ferreira

DOI: 10.36229/978-65-86127-15-7.CAP.18

Capítulo 19: Abordagem terapêutica educacional para estrutura do ensino por tentativas discretas direcionado a crianças com Transtorno do Espectro Autista..... 128

Ana Maria Schulli da Silva

DOI: 10.36229/978-65-86127-15-7.CAP.19

Capítulo 20: Os aspectos diagnósticos para o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade na primeira infância 134

Pollyane de Paula Santos, Patrícia Morais da Silva, Milena Borges Teixeira, Maria Luana Pereira Dias, Gleiciane da Silva Everton, Renata de Sá Ribeiro

DOI: 10.36229/978-65-86127-15-7.CAP.20

SUMÁRIO

Capítulo 21: O impacto do Projeto "Castração Amiga" para discentes e comunidade de Rio Verde no ano de 2018 138

Tales Dias do Prado, Anaíza Simão Zucatto do Amaral, Elton Brás Camargo Júnior, Leandro Ribeiro Miwa, Helen dos Santos Ribeiro, Paloma Oliveira Mendes

DOI: 10.36229/978-65-86127-15-7.CAP.21

Capítulo 22: A extensão como proposta de horizontalização no combate ao Aedes Aegypti..... 142

Sonia Vivian de Jezus, Kairo Adriano Ribeiro de Carvalho, Thais Badini Vieira, Rosângela Guerino Masochini, Alan Nogueira da Cunha, Márcia Carolina de Siqueira Paese

DOI: 10.36229/978-65-86127-15-7.CAP.22

Autores:..... 146

Capítulo 1

Abordagem da violência contra a mulher em Marabá: Um relato de experiência

Analécia Dâmaris da Silva Alexandre

Fabiana Nascimento Benedik

Jaqueline Miranda de Oliveira

José Antônio Cordero da Silva

Kecyani Lima dos Reis

Gisele Rodrigues de Carvalho Oliveira

Hugo Santana dos Santos Júnior

Resumo: Trata-se de um relato de experiência de atividade desenvolvida com estudantes de enfermagem, ao conhecerem a rede de atendimento à mulher em situação de violência em Marabá. Apresenta a composição dessas redes de atendimento, como relevante contribuição na comunidade científica, que é um ator social imprescindível nessa associação de esforços, considerando sua capacidade de multiplicar o conhecimento e fortalecer a prática profissional dos acadêmicos. O objetivo geral da pesquisa foi descrever as redes de atendimento disponíveis em Marabá. Os objetivos específicos foram identificar os serviços especializados integrantes dessas redes e, caracterizar os fluxos da assistência prestada à mulher nessa articulação intersetorial. Para tanto, foram realizadas atividades com um grupo de acadêmicos de enfermagem em três dos serviços especializados da rede de atendimento à mulher em situação de violência em Marabá, em maio de 2019, desenvolvidas nas seguintes etapas: (a) leitura prévia de textos oficiais relativos ao tema; (b) visitas guiadas à Coordenadoria de Políticas Públicas para a mulher, Conselho Municipal dos Direitos da Mulher (COMDIM) e ao Serviço de Atenção à pessoa em situação de vulnerabilidade social no Estado do Pará (PROPAZ); (c) organização dos dados e elaboração dos fluxogramas das redes de enfrentamento e atendimento; (d) apresentação dos fluxogramas para a coordenação dos serviços visitados. Ao final das atividades, resultou o aprendizado de quatro aspectos relevantes: a percepção, na prática dos estudantes, da violência contra a mulher como um grave problema de saúde pública; a importância da aplicação das políticas públicas no combate à violência contra a mulher nos municípios; a rede intersetorial como facilitadora da integralidade no atendimento; o alto valor da cooperação entre ensino e serviço. Ainda foi possível descrever as redes de atendimento intersetoriais, formadas atualmente por: proteção, educação, saúde e assistência social que através de seus serviços especializados e/ou adaptados prestam atendimento às mulheres em situação de violência em Marabá.

Palavras Chave: Violência contra a mulher. Política pública. Colaboração intersetorial.

1. INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher, é antes de tudo uma agressão específica motivada pelo ódio ao gênero feminino, ou seja, a mulher vivencia esse problema simplesmente por ser mulher; e, posteriormente, como qualquer ação ou omissão que prejudique o bem-estar físico, sexual, psicológico, familiar, profissional, patrimonial e social, ou ainda que, impeça sua liberdade e o direito ao seu pleno desenvolvimento (OPAS/Brasil, 2017).

Por se tratar de um grave problema de saúde pública, essa situação tem merecido a atenção de diversos órgãos nacionais e internacionais, governos e setores diversos da sociedade, uma vez que, produz consequências para a mulher em variados aspectos de sua vida, assim como para a sociedade através dos custos sociais e econômicos, considerando que essas mulheres podem se isolar, perderem capacidade de trabalho, e conseqüentemente de seu salário, ausência em atividades regulares e perda das condições necessárias para cuidar de si e de seus filhos (Brasil, 2011).

No mundo, 1 em cada 3 mulheres já sofreram algum tipo de violência e o principal agressor é o companheiro. Com base em dados de revisões sistemáticas e uma reanálise das estimativas das pesquisas nacionais em 24 países das Américas, a Organização Pan-americana de Saúde destaca que, quase 60% das mulheres sofrem violência por parte de seus parceiros, e que esse tipo de violência afeta 14% das mulheres entre 15-49 anos em algum momento de suas vidas (OPAS, 2019).

O Brasil é o quinto país que mais mata mulheres, conforme o Mapa da violência 2015. Já o Mapa da violência de Gênero, utilizando dados do SINAN (Sistema de informação de agravos de notificação) publicado em 2019, aponta que as mulheres representam quase 67% das vítimas de agressão física no Brasil. No Distrito Federal 75% e no Amazonas, 54%, maior e menor índice do país respectivamente (BRASIL, 2013; BRASIL, 2018; Instituto Patrícia Galvão, 2019).

Ampliando a gravidade nesse cenário, o SIM (Sistema de Informação da Mortalidade) mostra que em 2016, 30% das mulheres que foram assassinadas sofreram o homicídio no ambiente doméstico (Brasil, 2011; Brasil, 2013; Brasil, 2018).

O Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2018, aponta em 2017, 61.032 estupros (crescimento de 10,1% em relação a 2016), 1.133 feminicídios, 606 registros de violência doméstica por dia, 4.539 mulheres vítimas de homicídio, aumento de 6,1% comparado ao ano anterior (Brasil, 2018).

O estado do Pará, no Atlas da Violência no Brasil 2019, aparece em sexto lugar entre as unidades da federação com maiores taxas de homicídio em grupos de 100.000 mulheres, a saber, 7,5 enquanto a do Brasil é de 4, 8. Na região sudeste do estado, o SIM aponta a morte de 5 mulheres por dia até 2017 (Pará, 2016).

Em 2019, o Serviço de Atenção à pessoa em situação de vulnerabilidade social no Estado do Pará (Parapaz), com base nos dados colhidos durante os 551 atendimentos realizados no seu primeiro ano de funcionamento em Marabá, traçou um perfil aproximado da mulher vítima de violência no município: Idade entre 18 e 29 anos; raça negra; religião católica; escolaridade: fundamental incompleto; chegou ao serviço por demanda espontânea; local onde reside: nova-marabá; situação ocupacional: desempregada; estado civil solteira, o agressor na maioria das vezes é o e cônjuge com idade entre 30 e 39 anos (Parapaz/Marabá, 2019).

De forma geral, a violência contra a mulher é visivelmente um problema multidimensional, e por isso, os governos e sociedades buscam reduzir os índices desse agravo, através da articulação de redes intersetoriais de atendimento às mulheres vítimas dessas agressões. Desta maneira, cada setor da sociedade: educação, saúde, assistência social, dentre outros, empreendem esforços significativos no sentido de se alinharem tanto internamente em seu nicho de atuação, quanto externamente, colaborando com os demais setores, na prevenção e enfrentamento desse grande desafio ao bem-estar da mulher, de sua família e comunidade (Brasil, 2015).

Essas redes de atendimento se estabelecem como serviços especializados ou não, que se articulam e se integram proporcionando assim uma ampliação e fortalecimento da assistência às mulheres vítimas de violência e suas famílias em todos os aspectos da necessidade desse público. Em sua totalidade as redes de atendimento às mulheres em situações de violência, em qualquer lugar do Brasil ou do mundo, não desenvolve suas ações e adquire alinhamento entre os setores de forma natural. Essa estratégia é construída com o esforço intencional e a participação dinâmica de todos os envolvidos (Brasil, 2015; Belo Horizonte, 2015).

Ademais, é importante destacar que essas redes surgem a partir das diretrizes de políticas públicas que idealizam e fomentam essas ações. No caso do Brasil, esse processo iniciou principalmente a partir do momento em que se tornou signatário da Convenção de Belém do Pará - assim popularizada a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra Mulher em 1996, culminando dez anos depois com um marco importantíssimo, a promulgação de uma legislação específica, a Lei 11.340/2006 ou Lei Maria da Penha. E a partir desta, as políticas específicas para combater essas violências contra a mulher, foram sendo construídas e implantadas em todo o país (Brasil, 2006 Lei 11.340; Brasil, 2011; Brasil, 2013; Pará, 2016).

Embora as normas e regulações a respeito da violência contra a mulher abordem os três aspectos: prevenção, atenção à mulher vítima de violência e o enfrentamento nos âmbitos policial e jurídico, neste estudo trataremos das redes de atendimento à mulher que sofreu qualquer tipo de violência, principalmente a mais frequente delas, a doméstica, ou seja que ocorre no ambiente do lar e da família. Sobretudo, a atenção será voltada para as redes de atendimento intersetoriais nas quais a saúde contribui e ainda a própria rede de assistência formada pelos serviços de saúde que acolhem essas vítimas no município de Marabá (Brasil, 2006 Lei 11.340; Brasil, 2011).

Diante da complexidade da violência contra a mulher na sociedade, um fator que permanece em evidência é a importância da organização das políticas públicas municipais. É no município que as políticas nacionais, pactos e diretrizes estabelecidas pelo governo federal se concretizam na vida das mulheres, a ponto de garantir os direitos e a assistência às mesmas nas situações de violência, gerando a redução dos índices dessa mazela a partir da prevenção e atendimento integral; considerando também a política nacional de atenção a saúde das mulheres, segundo a qual, todas precisam ser visíveis e atendidas de forma completa mediante as suas necessidades e realidades (Brasil, 2013; Pará, 2016).

As redes de atendimento a violência contra a mulher visam alcançar as vítimas onde elas estiverem, seja a mulher da cidade, do campo, ribeirinha ou indígena. Isso, justamente é possível por meio dos serviços aos quais essas mulheres têm acesso em sua própria região de moradia. Um dos passos a ser realizado para atingir o objetivo geral da pesquisa é descrever as redes de atendimento disponíveis em Marabá. Em seguida, uma das etapas importantes é identificar os serviços especializados integrantes dessas redes. O segundo dos objetivos específicos é caracterizar os fluxos da assistência prestada à mulher entre os serviços que compõem essa rede municipal (Pará, 2016; Marabá, 2008 Lei 17.294; Marabá, 2014 Lei 17.623).

Diante de índices de violência contra a mulher cada vez mais crescentes, as esferas governamentais têm estabelecido leis, planos e políticas públicas que apontam para a necessidade da organização dos municípios na prevenção e enfrentamento dessa problemática, através da aplicação desses dispositivos legais. Um dos meios de consolidação dessas estratégias é a implantação das redes municipais de atendimento às mulheres vítimas de violência (Brasil, 2011; Pará, 2016; Marabá, 2008 Lei 17.294; Marabá, 2014 Lei 17.623).

Para tanto, os municípios brasileiros têm compreendido a sua realidade local, e estão efetivando suas políticas públicas de maneira formalizada, assim como ocorre nas outras esferas, federal e estadual, as quais inclusive, servem de diretrizes fundamentais á esse propósito. Nesse contexto, este trabalho visa apresentar as redes de atendimento às mulheres em situações de violência existentes em Marabá, como relevante contribuição na comunidade científica, que é um ator social imprescindível nessa associação de esforços, considerando sua capacidade de multiplicar o conhecimento para a população beneficiada (Marabá, 2008 Lei 17.294; Marabá, 2014 Lei 17.623).

Em contrapartida, os serviços de assistência à essa problemática ainda apresentam fragilidade tanto no que se refere aos fluxos entre os setores, como no aprofundamento da integralidade das necessidades da mulher vítima de violência. Assim, impõem-se o desafio de sensibilizar e capacitar atuais e futuros profissionais para o conhecimento e a vivência do tema no serviço e entre os setores que precisam agir em colaboração. É fundamental ainda compreender que, certamente a educação dos futuros profissionais da saúde figura como importante ator social, para contribuir tanto na prevenção quanto no enfrentamento às violências sofridas pelas mulheres, e, simultaneamente, oferecer assistência adequada à essas vítimas, através de redes organizadas de atendimento em cada município (Machado et al, 2016, Cavalcanti & Oliveira, 2017).

Portanto, nesta análise buscou-se reunir dados e informações com o propósito de responder ao seguinte problema de pesquisa: como está estruturada a rede de atendimento às mulheres vítimas de violência em Marabá?

Nesse sentido, este trabalho trata-se de um relato de experiência de atividade desenvolvida com estudantes de enfermagem, ao conhecerem a rede de atendimento à mulher em situação de violência em Marabá. Os profissionais em formação, como parte da sociedade, necessitam ser incluídos nos processos de aplicação das políticas públicas para além de colaborarem com os serviços, terem a sua prática profissional fortalecida.

O presente artigo estrutura-se em três seções, apresentando-se na primeira a metodologia utilizada para o desenvolvimento das atividades de leitura realizadas com os estudantes no sentido de proporcionar a este grupo o conhecimento da política pública de combate à violência contra a mulher, com a fundamentação nos documentos oficiais. Na segunda seção é abordado o relato da experiência com as ações práticas, a apresentação de rede de enfrentamento, descrevendo as atribuições e a importância desta dentro da intersetorial. Apresenta a rede de atendimento municipal e identifica suas funções, serviços e fluxos de assistência no contexto da articulação dos setores sociais em um grande esforço para garantir os direitos das mulheres de forma integral e resolutiva. A terceira seção mostra e discute os resultados deste trabalho visualizando tanto o valor agregado à formação profissional como a contribuição aos serviços visitados.

2. MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência de docentes da Faculdade dos Carajás, com enfoque no tema violência contra a mulher, buscando entender o funcionamento do sistema de enfrentamento à esse agravo no âmbito do município de Marabá, no Pará. Essas atividades foram desenvolvidas com uma equipe de estudantes do curso de Enfermagem, membros da Liga Interdisciplinar em Saúde da Mulher (Lisamu), por ocasião da organização do I Seminário sobre Violência contra a Mulher na Semana Acadêmica do ano de 2019 na referida Instituição de ensino.

A escolha dessa metodologia foi baseada nos princípios da aprendizagem a partir da problematização, visando que os acadêmicos pudessem conhecer na prática os principais serviços municipais que atuam no enfrentamento à violência contra a mulher, assim como na assistência às vítimas e, conseguissem compreender o funcionamento das redes intersetoriais envolvidas. Além disso, essa experiência serviu de preparação para que os estudantes pudessem definir a programação do seminário já citado, além dos palestrantes a serem convidados para o referido evento acadêmico.

Para o desenvolvimento deste estudo, foram realizadas atividades com um grupo de estudantes em três dos serviços especializados da rede de atendimento à mulher em situação de violência em Marabá, em maio de 2019, desenvolvidas nas seguintes etapas: (a) leitura prévia de textos oficiais relativos ao tema; (b) visitas guiadas à Coordenadoria de Políticas Públicas para a mulher, Conselho Municipal dos Direitos da Mulher (Comdim) e ao Serviço de Atenção à pessoa em situação de vulnerabilidade social no Estado do Pará (Parapaz); (c) organização dos dados e elaboração dos fluxogramas das redes de enfrentamento e atendimento; (d) apresentação dos fluxogramas para a coordenação dos serviços visitados. A coleta de dados durante as visitas, foi realizada a partir da observação direta e conversas informais.

A revisão de literatura ocorreu no período de setembro a outubro de 2019, utilizando como descritores: violência contra a mulher, política pública e colaboração intersetorial. Como critérios de inclusão foram examinadas publicações dos últimos dez anos, que abordassem a temática violência contra a mulher, artigos, livros e coleções publicados pelas secretarias nacionais, sendo excluídos cartilhas e documentos que não abordassem o tema. As bases de dados selecionadas foram Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO) e endereços eletrônicos do Governo Federal.

3. RELATO DA EXPERIÊNCIA

3.1. LEITURA CRÍTICA DOS PRINCIPAIS DISPOSITIVOS LEGAIS SOBRE O TEMA

No primeiro momento foi enviado por e-mail aos estudantes quatro literaturas selecionadas pelos professores, consideradas básicas, sobre o tema, a saber: Política Nacional de Políticas para as Mulheres, Plano Estadual do Pará de Políticas para as mulheres, e na falta do Plano Municipal de Marabá, ainda em construção no momento deste estudo, foi selecionado o Plano Municipal de Políticas para as Mulheres de Londrina, no Paraná, que é uma referência nacional nesse aspecto de pioneirismo na formalização dos instrumentos legais para atuação das redes de enfrentamento e atendimento à violência contra a mulher. Ademais, a Lei 11.340/2006 ou Lei Maria da Penha, marco legal fundamental em nosso país.

Posteriormente, em encontro presencial com os docentes, os estudantes fizeram exposição oral a respeito dos documentos analisados, além do esclarecimento de dúvidas. Com base nessa discussão, selecionaram os serviços a serem visitados.

3.2. VISITA À COORDENADORIA MUNICIPAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A MULHER E CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA MULHER (COMDIM)

Esses serviços foram escolhidos em virtude de sua atuação protagonista no enfrentamento à violência contra a mulher no município de Marabá. É um serviço especializado em coordenar as políticas públicas para a mulher, está ligado à Secretaria Municipal de Assistência Social, Proteção e Assuntos Comunitários (SEASPAC) e está localizado no mesmo prédio onde está também implantado o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher (Comdim), que é um órgão colegiado com a participação de representantes de setores diversos da sociedade, e da gestão municipal.

Criada a Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para a Mulher, em 2014, com a função de promover em âmbito municipal, políticas que visem a equidade de gênero, eliminação da discriminação e da violência contra a mulher. Em consequência, foi reestruturado o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, com a missão de ser um órgão independente, fiscalizador das ações e condução do acompanhamento das ocorrências de violência contra a mulher no município de Marabá.

A visita nesses dois serviços possibilitou aos alunos conhecerem as ações da Coordenadoria e do Comdim, além do corpo técnico, funcionamento e, os serviços que são oferecidos e de que forma as mulheres conseguem acessar esses atendimentos, além do fluxo de encaminhamentos a outros serviços de setores diversos do município, como por exemplo, justiça e educação. Destaca-se ainda a atuação da Patrulha Maria da Penha, presente durante a visita, equipe responsável em acompanhar e garantir a proteção das mulheres que se encontram sob medidas protetivas. O município de Marabá é o único no interior do Estado do Pará, a contar com essa equipe, até o momento.

Outro ganho fundamental foi a compreensão de como o setor saúde colabora formando uma verdadeira rede intersetorial com esses serviços no combate à violência contra a mulher no município.

3.3. VISITA AO SERVIÇO DE ATENÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL NO ESTADO DO PARÁ (PARAPAZ)

Pioneiro no Brasil em adotar um conceito de trabalho que agrega, em apenas um espaço, todos os serviços necessários a uma assistência imediata, humanizada e eficaz às vítimas de violência doméstica, familiar ou sexual, foi implantado em Marabá, em 2018. Esse serviço é referendado no Brasil e no mundo por ser o único estado da Federação a ofertar esse tratamento integrado e descentralizado a essas vítimas.

Ao longo da visita os graduandos puderam conhecer a estrutura física do local, assim como entenderem a dinâmica do atendimento às vítimas acolhidas naquele espaço, onde funciona simultaneamente as Delegacias da Mulher e da Criança e do Adolescente, polícia militar além da perícia médica, psicologia e serviço social. A compreensão do trabalho ali desenvolvido apresenta a humanização do atendimento à mulher, uma vez que, não é necessário peregrinar por vários lugares para ter acesso à proteção que necessita, além de um acolhimento garantido às crianças, sejam elas vítimas diretas ou indiretas da violência doméstica.

Ainda que, atuando mais diretamente na assistência às vítimas, o PARAPAZ, realiza atividades de prevenção em escolas, faculdades, empresas, auxiliando na orientação da sociedade sobre esse grave problema de saúde pública que atinge as mulheres.

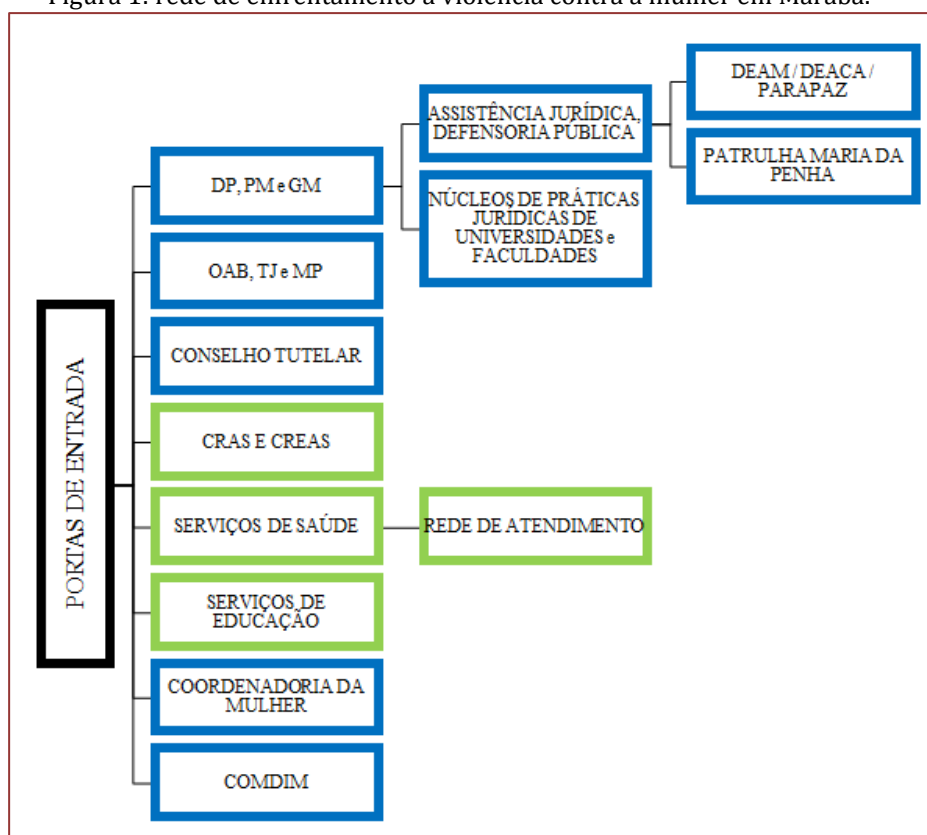
3.4. ORGANIZAÇÃO DOS DADOS, ELABORAÇÃO DOS FLUXOGRAMAS DAS REDES DE ENFRENTAMENTO E ATENDIMENTO

Por ocasião das visitas, os estudantes observaram que as instituições estavam passando por um processo de organização e formalização dos fluxos para inclusão no projeto de lei de criação do Plano Municipal de Políticas para as Mulheres em Marabá. Nesse sentido então resultou a colaboração com o desenvolvimento de fluxogramas para o município.

Os dados obtidos durante as visitas foram organizados e estruturados em figuras pelos alunos e enviados à Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para a Mulher, recebendo aprovação de sua coordenadora para utilização na rede municipal, apresentando a Rede de Enfrentamento e a Rede de Atendimento à Violência contra a Mulher em Marabá.

No que se refere a rede de enfrentamento (Figura 1), o fluxograma descreve a estrutura organizacional com suas portas de entrada aos serviços de encaminhamento e assistência a mulher vítima de violência, instituições e setores como: Delegacia de Polícia de Civil (DP), Polícia Militar (PM), Guarda Municipal (GM), seção especial anexa a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Tribunal de Justiça (TJ), Ministério Público (MP), formando a parte de proteção policial e jurídica da rede, e ainda, Serviço de Educação Municipal (Semec), Coordenadoria Municipal da Mulher, Conselho Municipal de Direitos das Mulheres (Comdim), Conselho Tutelar, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e o Serviço Municipal de Saúde (SMS), que em conjunto compõem as portas de entrada ao serviço de enfrentamento à violência. Podendo ser acionada a rede através de todas as instituições citadas e referenciamento ao setor especializado conforme as necessidades da vítima, fazendo-se necessário o encaminhamento aos serviços de auxílios jurídicos e aconselhamentos, tais como: atendimento jurídico da Defensoria Pública, os núcleos de práticas jurídicas de Universidades e Faculdades pactuadas com a rede, que fornecem o acompanhamento do caso de forma gratuita, com isso dando seguimento a prestação de serviço à essa vítima, recebendo apoio do programa de atenção à pessoa em situação de vulnerabilidade social no Estado do Pará Vinculado à Casa Civil (PARAPAZ) e posteriormente a recepção na Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM/DEACA) com a Patrulha Maria da Penha como órgão de fiscalização do cumprimento das medidas protetivas pelo agressor e zelando pelo bem-estar da vítima.

Figura 1: rede de enfrentamento à violência contra a mulher em Marabá.

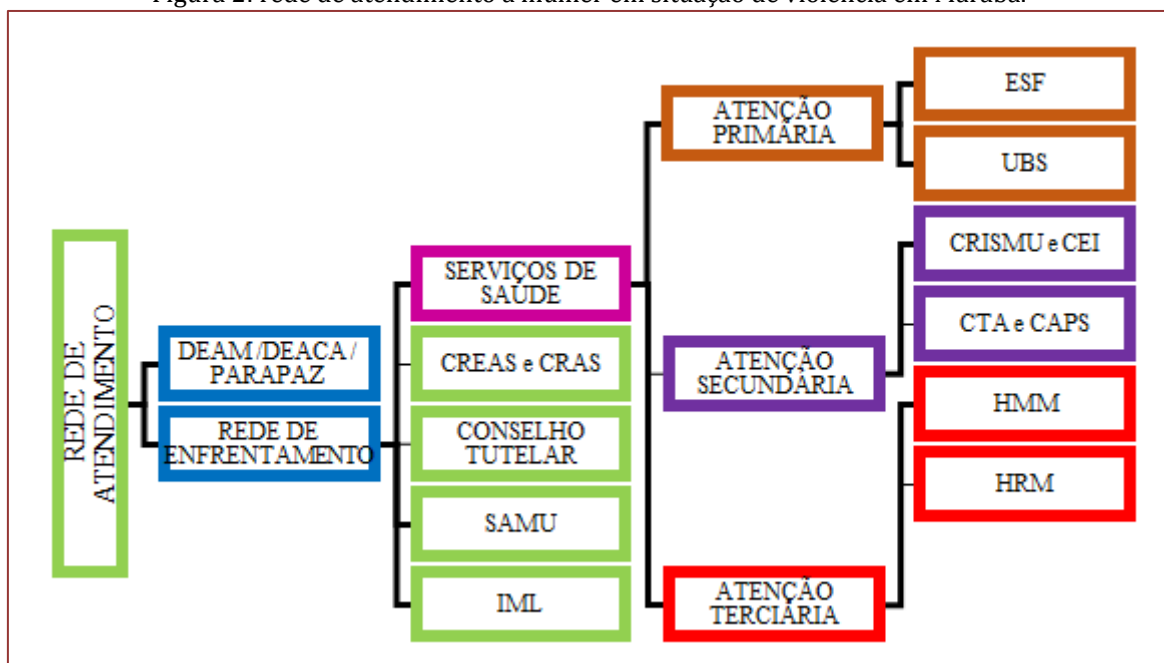


SIGLAS: OAB – Ordem dos Advogados do Brasil; TJ – Tribunal de Justiça; MP – Ministério Público; DP – Delegacia de Polícia; COMDIM – Conselho Municipal dos Direitos da Mulher; PM – Polícia Militar; GM – Guarda Municipal; CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social; CRAS – Centro de Referência de Assistência Social; DEAM – Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher; DEACA – Delegacia Especializada no Atendimento à Criança e Adolescente; PARAPAZ – Atenção à pessoa em situação de vulnerabilidade social no Estado do Pará Vinculado à Casa Civil (Autores, 2019).

Em relação a rede de atendimento à mulher vítima de violência (Figura 2), o encaminhamento e amparo ocorre através dos serviços prestados por instituições mais especializadas. O encaminhamento é realizado por qualquer porta de entrada ao serviço na rede de enfrentamento e/ou especificamente pela Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM/DEACA) e pelo programa Atenção à pessoa em situação de vulnerabilidade social no Estado do Pará Vinculado à Casa Civil (Parapaz). Logo após, o serviço de atendimento se estrutura em serviços descentralizados, como: Serviço de saúde Municipal, com níveis de atenção à mulher vítima de violência. Atenção primária em saúde composta unidades básicas de saúde (UBS) e pelos programas que compõem a estratégia de saúde da família (ESF), que são colaboradores tanto na prevenção através da educação da população assistida á respeito da violência, como também prestam assistência básica e encaminhamentos necessários aos demais níveis da rede de saúde. A seguir conforme as necessidades complexas o serviço de atenção secundária em saúde é composto pelo Centro de Referência Integral em Saúde da Mulher (CRISMU), Centro de especialidades Integradas (CEI), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que geralmente cuidam do acompanhamento de médio e longo prazo da mulher, principalmente no que se refere aos acompanhamentos ginecológicos e psicológicos; o setor terciário da rede de saúde oferta assistência de alta complexidade e é composto pelo Hospital Municipal de Marabá (HMM) e o Hospital Regional de Marabá (HRM), onde são realizados atendimentos nos casos de agressões físicas mais graves que necessitam de pronto atendimento, cirurgias e internações.

A rede de atendimento também é composta pelo Serviço de assistência social através do Centro de Referência de Assistência Social e Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CRAS e CREAS), que realizam o suporte social da vítima e de sua família, promovendo por exemplo a profissionalização da mulher, indicação ao mercado de trabalho, além do acompanhamento psicológico também, e se necessário, providencia acesso ao atendimento específico do Conselho Tutelar; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é uma porta de entrada pontual do acesso a rede de atendimento, visto que, atua nos momentos das agressões mais graves, fazendo o atendimento pré hospitalar e levando à vítima aos hospitais; o Instituto Médico Legal (IML) realiza exames de perícia quando não é possível realizar no PARAPAZ, ampliando a integralidade da assistência de forma holística, resolutiva e eficaz, contemplando o ciclo virtuoso da rede de enfrentamento e atendimento prestado à vítima de violência.

Figura 2: rede de atendimento à mulher em situação de violência em Marabá.



SIGLAS: CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social; CRAS – Centro de Referência da Assistência Social; DEAM - Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher; PARAPAZ - Atenção à pessoa em situação de vulnerabilidade social no Estado do Pará Vinculado à Casa Civil; HMM – Hospital Municipal de Marabá; HRM – Hospital Regional de Marabá; CRISMU – Centro de Referência Integrado à Saúde da Mulher; CEI – Centro de Especialidades Integradas; CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento; CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; ESF – Estratégia de Saúde da Família; UBS – Unidade Básica de Saúde; SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; IML – Instituto Médico Legal (Autores, 2019).

4..RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao final das atividades com os estudantes, a experiência resultou no aprendizado de quatro aspectos relevantes: a percepção, na prática dos estudantes, da violência contra a mulher como um grave problema de saúde pública; a importância da aplicação das políticas públicas no combate à violência contra a mulher nos municípios; a rede intersetorial como facilitadora da integralidade no atendimento; o alto valor da cooperação entre ensino e serviço. Ainda foi possível descrever as redes de atendimento interssetoriais, formadas atualmente por: proteção, educação, saúde e assistência social que através de seus serviços especializados e/ou adaptados prestam atendimento às mulheres em situação de violência em Marabá.

De acordo com Machado 2019, os resultados semelhantes aos obtidos com a experiência deste estudo, podem colaborar como efetivo aprendizado e proporcionar uma holística diferencial na vivência dos docentes e na formação dos estudantes, pois possibilita a identificação real do quadro de violência contra a mulher em todo o país e seus instrumentos de combate e enfrentamento, acarretando assim uma postura técnica idealizada na sistematização de práticas que propaguem informações confiáveis acerca do tema, e encorajamento a encarar essa realidade como um problema da sociedade que necessita de engajamento de todos para diminuição da violência e apoio as instituições de enfrentamento e atendimento.

Para Cavalcanti 2017, é de extrema importância levarmos em consideração a multiplicidade dos serviços e das instituições que prestam essa assistência à vítima de violência, e sua participação nesta luta deve ser compreendida como parte de um processo construção que tem como objetivo abarcar a multidimensionalidade e a complexidade da violência contra as mulheres, buscando de forma integral, resolutiva, sistematizada e articulada combater a incidência e os efeitos da violência em meio social.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalmente, o conhecimento da rede implantada no município, proporciona reconhecer algumas necessidades de aperfeiçoamento como por exemplo: a construção e implantação do Plano Municipal de Políticas Públicas para as Mulheres, ainda não formalizado; na contramão do que já ocorre em outros municípios do país, como Londrina, no estado do Paraná, que é uma referência nacional, como pioneiro na articulação das redes interssetoriais de combate à violência contra a mulher

Ademais, faz-se necessário o alinhamento dos serviços educacionais com os serviços especializados para que a rede intersetorial alcance maior nível de articulação no que se refere à prevenção e notificação desse agravo em Marabá. E por fim, este trabalho é uma contribuição ao sistema de educação na área de ciências da saúde, no sentido de estimular que outros docentes e estudantes possam interessar-se em abordar esse tema na academia, com objetivo de agregar valor à formação de profissionais comprometidos e responsáveis em colaborar no combate à violência contra a mulher onde forem atuar.

REFERÊNCIAS

- [1] Anuário Brasileiro de Segurança Pública- 2018. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres.
- [2] Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013.114 p.: il.
- [3] Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma Técnica: Atenção às pessoas em situação de violência Sexual.1 ed. Brasília- DF, 2015. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres.
- [4] Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011.
- [5] Brasil. Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/violepa.def>. Acesso em: 20 out. 2019.
- [6] BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado,1998.
- [7] Cavalcanti, Eliane Cristina T; OLIVEIRA, Rosane Cristina. Políticas públicas de combate à violência de gênero a rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. Revista de Pesquisa Interdisciplinar Cajazeiras, v. 2, n. 2, 192-206, jun/dez. de 2017. Disponível em: <http://revistas.ufcg.edu.br/cfp/index.php/pesquisainterdisciplinar/article/view/194>. Acesso em: 19 out. 2019.

- [8] Guia de Atendimento às Mulheres em situação de violência. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.2015
- [9] LEI Nº 11.340, DE 7 de Agosto DE 2006.Lei Maria da Penha.
- [10] LEI Nº 17.294, DE 03/06/2008.Prefeitura Municipal de Marabá. Criação do Conselho Municipal dos direitos da Mulher – COMDIM.
- [11] LEI Nº 01/ de 10 de janeiro de 2014. Criação da Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para Mulher, Marabá – 2014.
- [12] Lei nº 8.086 de 30 de agosto de 2013. Recuperado de [http://www. planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/ D8086.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8086.htm)
- [13] Lima, et.al. Marcos e dispositivos legais no combate à violência contra a mulher no Brasil. Revista de Enfermagem Referência - IV - n.º 11 - 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000400015. Acesso em: 13 out. 2019.
- [14] Menezes, et.al. Enfrentamento da Violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. Saúde Sociedade. São Paulo, v.23, n.3, p.778-786, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300778. Acesso em: 13 out. 2019.
- [15] Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil, Brasília – DF – 2015.
- [16] Machado, Dinair Ferreira et al. Abordagem da Violência contra a Mulher no Ensino Médico: um Relato de Experiência. Rev. bras. educ. med. [online]. 2016, vol.40, n.3, pp.511-520. ISSN 0100-5502. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e00642015>. Acesso em: 19 out. 2019.
- [17] Minayo, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Revista Ciência & Saúde Coletiva. vol.17 no.3 Rio de Janeiro mar. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Acesso em: 19 out. 2019.
- [18] Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as mulheres; Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República; Brasília, 2011.
- [19] Parapaz, Atenção à pessoa em situação de vulnerabilidade social no Estado do Pará Vinculado à Casa Civil; Marabá, 2019.
- [20] Plano Estadual de políticas para as Mulheres; Governo do Estado do Pará; Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos – Sejudh; Coordenadoria de Integração de Políticas para Mulheres; Conselho Estadual dos Direitos da Mulher; Belém, Pará – 2016.
- [21] Plano Municipal de Políticas para as Mulheres; Prefeitura Municipal de Londrina; Secretaria Municipal da Mulher; 2011.

Capítulo 2

O direito à saúde e a sua judicialização em resposta a conflitos

Herlen Portela da Ponte

Levi de Carvalho Bastos

Luana da Silva Dias

Renaud Ponte Aguiar

Betania Moreira de Moraes

Resumo: O direito ao acesso à saúde é essencial à concretização de uma sociedade justa e igualitária, nos moldes que a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 prevê. O direito à saúde, assim como todos os direitos sociais, é fruto de um intenso e complexo movimento histórico socialmente evolutivo, para que as necessidades sociais fossem atendidas. Por meio de uma pesquisa teórico-bibliográfica e documental, buscou-se demonstrar que o Estado atual, regido pela sua Carta Magna, tem como obrigação garantir o que lhe é imposto da melhor maneira possível, não podendo o mesmo esquivar-se de sua prerrogativa, porém suas limitações econômicas, políticas ou orçamentárias devem ser levadas em conta.

Palavras-Chave: Direito. Saúde. Judicialização

1 INTRODUÇÃO

O acesso à saúde é previsto como direito fundamental¹ na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, sendo assim, deve ter aplicabilidade de forma imediata. Porém, as limitações nas quais o Estado está submetido impede com que o mesmo realize as aspirações e as garantias previstas pelo ordenamento jurídico brasileiro. Dessa forma, a busca pela judicialização² da saúde, assim como de outras áreas, é uma saída que o cidadão encontra para conseguir o que o Estado não fornece de imediato.

O presente trabalho visa confrontar os empecilhos da concretização das garantias previstas pela Constituição de 1988, ao passo que busca um maior esclarecimento da seara, não atribuindo, por conseguinte, culpa apenas ao ente estatal e sua administração, mas sim apreendendo as razões da inércia.

Objetivamos também, expor a judicialização como ferramenta de acesso ao Direito à saúde dentro dos conflitos jurídicos reais, respeitando ainda o princípio da reserva do possível e revelando a importância dos Direitos fundamentais.

2 METODOLOGIA

No presente trabalho, foram utilizados dois importantes tipos de pesquisa: a bibliográfica e a documental, extraídas de acervos jurídicos, de textos ou artigos científicos publicados em websites, da legislação brasileira, bem como matérias jornalísticas. A primeira consiste em uma análise crítica de alguns materiais já publicados, como livros, artigos científicos, publicações em periódicos e dissertações, por exemplo. Já a pesquisa documental utiliza-se de determinados materiais que ainda não tiveram um tratamento mais analítico, como documentos oficiais, reportagens e entrevistas. Desse modo, baseando-se numa leitura minuciosa dessas fontes, busca-se promover uma discussão a respeito do fenômeno da judicialização, com seus diversos posicionamentos e o seu impacto na atual esfera jurídica-social brasileira.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a formação do constitucionalismo³, os direitos fundamentais e a Constituição estavam umbilicalmente ligados. Dessa forma, a ideia de que o Estado deve servir aos cidadãos, garantindo-lhes uma vida digna foi se concretizando e se positivando nas Constituições ao longo do tempo (MOURÃO, 2013).

Diferente das demais, que tratavam os direitos sociais como simples normas programáticas, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece que as normas definidoras de direitos fundamentais tenham aplicabilidade imediata (VICTORINO, 2014). Caso não ocorra, estaria o Estado menosprezando os direitos mais caros e essenciais e a dignidade da pessoa humana, que é um dos pilares da Constituição vigente.

Após a promulgação da referida Constituição, o Estado trouxe para si a obrigação de proporcionar aos seus tutelados o mínimo de condições necessárias para uma vida digna, essa filosofia tem seu arcabouço no Direito Alemão do pós-guerra, já que aquele país, naquele momento, necessitava de normas focadas nos destroços da Guerra. Com isso, o Brasil regulamentou direitos sociais fundamentais, estabelecendo legalmente condições para o mínimo existencial, garantindo assim a dignidade da pessoa humana (NUNES, 2014).

À vista disso, considerando que o Estado brasileiro não logra a efetivação concreta dos direitos constitucionalmente assegurados, o cidadão busca outras saídas para consegui-los. Em relação à saúde, a sua judicialização é algo que vem ganhando grande espaço na realidade do país (CARLINI, 2011).

1 No pensamento de Santos (2007, p.1), "Direitos Fundamentais são aqueles que durante as gradativas e diversas mudanças das instituições políticas e jurídicas do nosso país servem para resguardar o homem do poder abrangente de ação do Estado."

2 Conforme Coelho (2013, p1): "[...] a judicialização é uma maneira de o cidadão individual pedir efeito a prerrogativas previstas na carta magna ao Poder Executivo por meio de uma ação judicial."

3 Segundo Carvalho (2006, p. 211) advogada: "[...] em termos jurídicos, reporta-se a um sistema normativo, enfeixado na Constituição, e que se encontra acima dos detentores do poder; sociologicamente, representa um movimento social que dá sustentação à limitação do poder, inviabilizando que os governantes possam fazer prevalecer seus interesses e regras na condução do Estado."

Neste diapasão, não se deve deixar de considerar as falhas do SUS na prestação de serviços de saúde. A não efetividade do direito sanitário por responsabilidade do Poder Público deve realmente ser coibida, não se justificando de nenhuma forma (SANTOS, 2015).

Nesse sentido, ressalta-se que a judicialização da saúde nada mais é que decisões do Poder Judiciário impostas à Administração Pública para que esta forneça tais serviços que, de antemão, deveriam ser proporcionados de imediato, mas que, na realidade fática, assim não o são e que são imprescindíveis à manutenção da qualidade de vida do requerente. Frisa-se que a falta de remédios de elevado valor nas farmácias públicas e a de raros não registrados pela ANVISA são os principais conflitos encontrados nessa situação (NUNES, 2014). Ademais, a solicitação de cirurgias e de outros serviços em sede dos municípios, por exemplo, também é uma realidade de dificuldades, seja pela falta de suporte financeiro, seja pela falta de profissionais habilitados para executar determinadas demandas.

Mesmo que o referido fenômeno ocorra de forma excepcional, a judicialização da saúde, tomando como enfoque neste momento, por exemplo, a realidade do município de Sobral localizado no Estado do Ceará, é crescente. Quando o necessitante requer um remédio ou um serviço na Secretaria de Saúde, a própria Administração busca atendê-lo. Por meio de vias administrativas, o pedido pode ser resolvido sem chegar à esfera judicial. Muitas vezes, o problema não pode ser resolvido de imediato, pois, segundo a entrevistada Dra. Viviane de Moraes Cavalcante, assessora jurídica da Secretária de Saúde de Sobral, há uma grande burocracia e falta de verba que dificultam a celeridade do procedimento. (informação verbal)⁴

Geralmente, os medicamentos solicitados estão contidos na lista de disponibilização do SUS, porém, há hipóteses de não estarem. Nessas situações, o setor jurídico da Secretaria de Saúde do Município de Sobral procede dando um parecer, possibilitando ou não a compra ou a possibilidade do serviço. Em caso negativo, caso o remédio seja muito caro, por exemplo, a responsabilidade recairá sobre o estado.

Apenas no Estado do Ceará, na justiça federal, somando os processos encontrados em primeira instância, que são 354, com os processos inéditos da segunda instância, que são 67, conclui-se que existiam, em todo o Judiciário federal cearense, no período de janeiro de 1999 a agosto de 2012, excetuando os dados do Tribunal Regional Federal (TRF) da 5ª região, 421 processos cadastrados com descritor “tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos” (NUNES, 2016).

Visto isto, o direito à saúde e a manutenção dela de forma rápida é para poucos. Mesmo com a judicialização da saúde, os impedimentos são os mesmos. É nesse sentido que, para desviar a responsabilidade do Estado, quando o mesmo não consegue garantir o que o cidadão necessita, o princípio da reserva do possível é aplicado. (SILVA, 2013).

A expressão “reserva do possível” (*Vorbehalt des Möglichen*) foi usada pela primeira vez pelo Tribunal Constitucional Federal Alemão, em julgamento executado em 18 de julho de 1972 (TORRES, 2009). Como cita no julgamento, “[...] se analisou a constitucionalidade, em controle concreto, de normas de direito estadual que regulamentavam a admissão aos cursos superiores de medicina nas universidades de Hamburgo e da Baviera nos anos de 1969 e 1970.” (ANAPE, 2014, p. 2). Por causa da falta de vagas no curso de medicina, limitações absolutas foram impostas para a admissão (*numerus clausus*) (RESERVA, 2014, p. 2).

Esse embate traz em questão até que ponto o indivíduo pode exigir da coletividade, dentro da razão, mesmo quando se tratando de seu direito fundamental positivado na Constituição. Assim fica empregado o termo reserva do possível para servir como base para casos em que não se podem cumprir todas as demandas do indivíduo em face de limitação do Estado, ou, principalmente, devido a pleitos não razoáveis, em que sua pretensão proposta não possa ser concretizada (SARLET, 2003).

Dentro da realidade brasileira, aponta Kellen Cristina (2014, sp.):

No Brasil, por outro lado, a interpretação e introdução da teoria, ao ser adequada à realidade pátria, transformou esse postulado em uma Teoria da Reserva do Financeiramente Possível, sendo considerada como limite à efetivação dos direitos fundamentais prestacionais.

⁴ Entrevista concedida pela assessora jurídica da Secretária de Saúde do Município de Sobral-CE, Viviane de Moraes Cavalcante no dia 06 de Setembro de 2017.

É possível refletir o papel administrativo do Estado brasileiro em como o mesmo maneja as escolhas de políticas públicas a serem implementadas com final de atender a demanda por recursos da sociedade, como diz Kellen Cristina (2014, p. 4):

No Brasil tanto a iniciativa quanto a execução das leis orçamentárias são competências privativas do Poder Executivo. Disso decorre que a definição das políticas públicas e a escolha das prioridades orçamentárias cabem exclusivamente àquele Poder, não podendo o Judiciário, via de regra, interferir nessa atividade discricionária do administrador. Aqui reside a questão da alocação de recursos escassos frente à enormidade de necessidades da sociedade, decisão de competência dos Poderes Legislativo e Executivo.

A alta demanda por medicamentos age em conjunto com a crise econômica do Brasil e com a queda de clientes dos planos de saúde contribuindo para uma grande sobrecarga do nosso sistema de saúde.

Mesmo sabendo que o direito à saúde ou a qualquer outra necessidade básica não deve haver preço, é no mínimo incoerente estipular valores às prestações de tais serviços (AVILA, 2014, sp.). Porém, na situação atual do Brasil, chega a ser utópico pensar dessa maneira.

Para resolver estas e outras questões, o judiciário tem se empenhado em audiências públicas, fóruns judiciais com especialistas em saúde pública a fim de orientarem suas decisões, de forma a também ouvirem os gestores antes das sentenças (NUNES, 2014).

No Estado do Ceará, entre os anos de 2015 e 2016, houve uma diminuição significativa na quantidade de processos que chegam a SESA (Secretária de Saúde do Estado) e na quantidade de pacientes que precisavam, em caráter de urgência, de tratamentos médicos. Tal fato se deve às medidas de conciliação ou racionalização de prosseguimentos. (JUDICIALIZAÇÃO..., 2017).

4 CONCLUSÕES

Conclui-se que a realidade do Brasil ainda não se assemelha aos ideais de igualdade e garantia de direitos positivados na Carta Magna. Enquanto que, por omissão do Poder Executivo, os cidadãos necessitam ingressar com ações judiciais para garantirem seus direitos. Por conseguinte, o acesso à saúde do indivíduo é dificultado por conta da falta de celeridade do poder judiciário. Assim, a sociedade prejudica-se nessa relação, vez que a demora no atendimento de suas necessidades acarreta, em determinados casos, danos irreversíveis, podendo levar a morte do indivíduo que não recebeu o tratamento adequado e necessário para a manutenção de sua saúde. Ferindo, por conseguinte, um dos pilares da Constituição Federal de 1988, o princípio da dignidade humana.

À vista disso, não excluindo as incapacidades do Estado brasileiro em atender às necessidades da população, medidas alternativas devem ser tomadas; maiores critérios dos tribunais ao decidir sobre os casos da judicialização da saúde, ajudados por profissionais competentes na área, buscando sempre a forma mais barata e alcançável à resolução do problema questionado, o desequilíbrio entre as precisões dos cidadãos e o orçamento do Estado podem ser amenizados.

REFERÊNCIAS

- [1] Avila, Kellen Cristina de Andrade. A teoria da reserva do possível e as políticas públicas. Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 01 mar. 2014. Net Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.47214&seo=1> . Acesso em: 11 jan. 2017.
- [2] Carlini, Angélica Lucía. Judicialização da saúde pública no Brasil: Causas e Possibilidades de Solução. 2012. 219. f.Tese (Doutorado em Direito Político e Econômico) – Curso de Direito, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2011.
- [3] Cavalcante, Viviane de Moraes. Entrevista concedida a Levi de Carvalho Bastos. Sobral, 06 set. 2017.
- [4] Judicialização da saúde cai no Estado, e gastos são reduzidos em quase 50%. Diário do Nordeste, Fortaleza, 03 abr. 2017. Disponível em: <http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/judicializacao-da-saude-cai-no-estado-e-gastos-sao-reduzidos-em-quase-50-1.1731371>. Acesso em 08 set. 2017.
- [5] Mourão, Pablo Augusto Lima. Evolução histórica dos direitos sociais. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 18, n. 3496, 26 jan. 2013. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/23540>. Acesso em: 10 jan. 2017.

- [6] Nunes, Carlos Francisco Oliveira. Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios. Cad. Saúde colet., vol.24, no.2, Rio de Janeiro, junho de 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000200192#aff01. Acesso em 08 set. 2017
- [7] Nunes, Franscisco de Assis. Judicialização da saúde. 2014. 35. f.Monografia (Especialização em Prática Jurídica) – Curso de Direito, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2014.
- [8] Reserva do possível como aquilo que é razoável se exigir do Estado. ANAPE, disponível em: http://anape.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/Arquivo_tese-28.pdf. Acesso em: 11 jan, 2017.
- [9] Santos, Lenir. Judicialização da saúde. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/2118/Livro3_Judicializacao_da_saude.pdf?sequence=2. Rio de Janeiro, 2015. Acesso em: 11 jan 2017.
- [10] Sarlet, Ingo Wolfgang. A eficácia dos direitos fundamentais. 3. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.
- [11] Silva, Liliane Coelho da. Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável. Âmbito Jurídico, Rio Grande, XVI, n. 112, maio 2013. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13182&revista_caderno=9. Acesso em 19 jan 2017.
- [12] Torres, Ricardo Lobo. O direito ao mínimo existencial. Rio de Janeiro: Renovar, 2009, p. 103.
- [13] Victorino, Fábio Rodrigo. O princípio da aplicação imediata dos direitos fundamentais. Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 11 nov. 2014. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.50586&seo=1>. Acesso em: 20 jan. 2017.

Capítulo 3

Avaliação dos fatores de risco cardiovasculares em universitários na cidade de Marabá-PA

Hellen Gonçalves da Silva

Marcelo Dias Ferreira Júnior

Kessia Castro de Sousa

Adharsia Melissa Dias Marinho

Katleem de Sousa Saraiva

Cilene Aparecida de Souza Melo

Resumo: **Introdução:** As Doenças Cardiovasculares, segundo a Organização Mundial da Saúde, representam 1 em cada 3 mortes no mundo. Com as mudanças advindas do processo de industrialização e inserção de tecnologias na vida cotidiana, tem sido alarmante o aumento da prevalência desses fatores de risco para cardiopatias em indivíduos jovens, principalmente os universitários. **Objetivo:** O objetivo geral desta pesquisa é analisar e avaliar os fatores de risco cardiovasculares em universitários na cidade de Marabá-PA. **Metodologia:** Trata-se de um estudo piloto, descritivo, transversal e quantitativo sobre os fatores de risco cardiovasculares em universitários na cidade de Marabá-Pa. O estudo será realizado com os acadêmicos da Universidade do Estado do Pará – Campus VIII, Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará - UNIFESSPA e da Faculdade Carajás. O estudo conta com uma amostra (n) de 66 alunos para a realização desse estudo piloto, sendo distribuídos por randomização aleatória entre as instituições. A pesquisa tem 95% de índice de confiabilidade (erro amostral de 5%). Coleta de dados ocorreu por meio de um questionário. **Resultados:** Quanto à prática de exercícios físicos 41% dos universitários expuseram praticar e 59% não praticam nenhuma atividade física. Na variável uso de bebida alcoólica, 62% consomem regularmente. Dos estudantes 80% relataram ansiedade e apenas 15% fazem tratamento. **Conclusão:** Esta pesquisa mostrou elevada prevalência de vários fatores de risco cardiovascular como ansiedade, consumo de álcool, sedentarismo, histórico familiar, má alimentação e sobrepeso/obesidade.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares; fatores de risco; estudante; jovens.

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos têm ocorrido mudanças nos perfis da morbimortalidade da população mundial, onde a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tem sido as principais causas de óbito. Nesse contexto, evidenciam-se as altas taxas de complicações e doenças cardiovasculares (DCV). As DCV, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), representam 1 em cada 3 mortes no mundo. Essa realidade torna-se maior em países em desenvolvimento como o Brasil (CHRISSY et al, 2016).

Sendo a entrada na universidade um fator de grande mudança no estilo de vida, onde o jovem é responsável por morar sozinho, lidar com sua alimentação, vida financeira e pelo gerenciamento do próprio tempo, torna-se comum a ingestão de alimentos de rápido preparo, ricos em gorduras e carboidratos, além da falta de exercícios físicos praticados com regularidade, situação mais comum entre estudantes de baixa renda (CARVALHO et al, 2015).

Segundo Paulitsch (2017), em seu estudo sobre fatores de risco comportamentais para doença cardiovascular em estudantes universitários, cerca de dois terços dos discentes apresentam ao menos 25% dos fatores de risco para cardiopatias, sendo que cerca de 1 em cada 4 apresentam mais de um fator de risco.

Com o objetivo de analisar os fatores de risco cardiovasculares em universitários na cidade de Marabá-PA, foram verificados: os níveis pressóricos; a relação entre medidas antropométricas e a presença dos demais fatores de risco cardiovasculares.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Esta pesquisa foi realizada com a aprovação do Comitê de ética e pesquisa. Trata-se de um estudo piloto, descritivo, transversal e quantitativo sobre os fatores de risco cardiovasculares em universitários na cidade de Marabá-Pa. O estudo foi realizado com os acadêmicos da Universidade do Estado do Pará (UEPA) – Campus VIII, da Faculdade Carajás e da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará – Campus III IESB. A população (N) de acadêmicos (de ambas as instituições) é de 2167 acadêmicos. Por meio de cálculos estatísticos para definição amostral (fórmula da amostra aleatória simples) ficou definido uma amostra (n) de aproximadamente 66 alunos. Foram entrevistados 24 (36,5%) acadêmicos da Universidade Estadual do Pará, 31 (47%) acadêmicos da Faculdade Carajás e 11 (16,5%) alunos da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará.

2.2 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário baseado no questionário do Projeto Corações do Brasil de 2004. A variável “PESO” foi obtida através de balança digital, a “ALTURA” e “CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL” com fita métrica simples, a “PRESSÃO ARTERIAL” por meio de esfigmomanômetro e estetoscópio. Toda a coleta foi realizada em sala liberada pela coordenação das instituições envolvidas com a pesquisa.

A pesquisa foi digitada e armazenada através do programa Microsoft Excel® e analisada pelo programa BioEstat® versão 5.3. Dentro das estatísticas foram verificados as médias e os desvios-padrão. O nível de significância para os testes que serão empregados é de $p < 0,05$.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final foi constituída por 66 universitários, sendo 53% do sexo masculino e 47% do sexo feminino. 59% dos universitários se autodeclararam pardos, 29% brancos e 12% negros. Na variável IMC, 3% apresentou baixo peso, 35% sobrepeso e 9% obesidade.

Tabela 1. Fatores de risco cardiovasculares (variáveis) e a distribuição das frequências absolutas e relativas por variável.

Variável		Frequência absoluta	%
Alimentação nos intervalos	Não come nada	29	44%
	Compra lanche	28	42%
Lanches que costuma comprar	Frituras	40	61%
	Industrializados	6	9%
Qualidade da alimentação	Boa	34	51.5%
	Ruim	31	47%
Prática de atividade física	Não	39	59%
	Sim	27	41%
Uso de bebida alcoólica	Não	25	38%
	Sim	41	68%
Ansiedade	Sim	53	80%

Fonte: Protocolo da pesquisa.

Segundo pesquisas da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2016), a prevalência de complicações cardiovasculares é maior na população parda. Sendo a cor/etnia parda a mais sujeita a complicações cardiovasculares futuras. Sendo isso relacionado principalmente a miscigenação na região.

No que se refere ao IMC, observa-se que os índices de sobrepeso e obesidade chegam a quase 50% do total de alunos, inerente, assim, ao índice nacional de 54% de pessoas com excesso de peso no Brasil (CARVALHO *Et al*, 2015).

Em estudo de riscos cardiovasculares em universitários da Universidade Federal do Rio Grande foi detectado que 38,2% do total de entrevistados não praticavam nenhum tipo de atividade física (PAULITSCH *Et al*, 2017).

Paulitsch *Et al* (2017) cita ainda que “a inatividade física entre os brasileiros é de 16%, não tendo diferença entre homens e mulheres; já entre os estudantes universitários, essa prevalência foi de 38,2%, com predominância entre as mulheres”, sendo possível observar o quanto essa população está exposta a esse fator de risco cardiovascular.

O consumo de bebidas alcoólicas é uma das problemáticas mais frequentes entre os jovens. Em comparação com dados da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL (2015), os dados sobre consumo de álcool nesse estudo estão acima da prevalência nacional e de outras pesquisas.

Com o avanço tecnológico e as mudanças no estilo de vida da população mundial, algumas problemáticas como ansiedade e estresse tiveram destaque devido à rotina cansativa e a pressão social sofrida pelos jovens. Como consequência, surgem vários problemas sociais, familiares, problemas no trabalho e a perda do rendimento no ambiente de estudo (LIMA *Et al.*, 2017).

4. CONCLUSÕES

Em conclusão, esta pesquisa mostrou elevada prevalência de vários fatores de risco cardiovasculares como ansiedade, consumo de álcool, sedentarismo, histórico familiar, má alimentação e sobrepeso/obesidade. Sendo a juventude uma fase de desenvolvimento importante, tornam-se necessárias medidas para prevenção desses fatores de risco nessa população. Em geral, para diminuição desses fatores é importante a mudanças dos hábitos de vida, prática de esportes e melhoria na alimentação com adesão de um estilo de vida mais saudável.

REFERÊNCIAS

- [1] Carvalho, C.A. et al. Associação entre fatores de risco cardiovascular e indicadores antropométricos de obesidade em universitários de São Luís, Maranhão, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015.
- [2] Chrissy, F.C. et al. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em adultos e idosos de um hospital universitário. *Nutr. clín. diet. hosp.* Dez. 2016.
- [3] Lima, C.A.G. Prevalência e fatores associados a comportamentos de risco à saúde em universitários no norte de Minas Gerais. *Cad. Saúde Colet.*, 2017, Rio de Janeiro, 25 (2): 183-191. Doi: 10.1590/1414-462X201700020223

[4] Paulitsch, R.G. et al. Simultaneidade de fatores de risco comportamentais para doença cardiovascular em estudantes universitários. Rev Bras Epidemiol, Out-Dez 2017.

[5] Sbc, Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Cardiol, 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_Hipertensao_Arterial.pdf

Capítulo 4

O uso dos taxanos para o tratamento do Câncer de Mama

Jackson Sabadin de Lara

Eliana Rezende Adami

Resumo: O câncer de mama constitui um problema de saúde pública, apresentando altas taxas de mortalidade. É o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e no Brasil, é o mais comum entre as mulheres, perdendo somente para o câncer de pele não-melanoma. Esse tipo de câncer representa 23% de todos os cânceres em mulheres e 14% das mortes por essa doença. Dados revelam que esse câncer é responsável por aproximadamente 25% dos casos novos a cada ano. Ainda, é a quinta causa de morte por câncer em geral no mundo, atingindo cerca de 522.000 óbitos/ano, sendo considerada a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres. O fator de risco mais importante para o desenvolvimento desse tipo de câncer é o gênero, sendo 100 vezes mais comum nas mulheres do que nos homens. A idade ainda é um fator preponderante para o risco de câncer de mama, aumentando significativamente na faixa etária dos 50 anos e, em seguida, declina lentamente. Outros fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher, tais como menarca precoce, nuliparidade, primeira gestação acima dos 30 anos, menopausa tardia, uso prolongado de anticoncepcional. Outros fatores como obesidade, a grande ingestão de gordura animal, o sedentarismo, o tabagismo e a reposição hormonal podem aumentar as chances de se desenvolver o câncer de mama. Além desses, a exposição à radiação ionizante, mesmo em baixas doses, também é considerada um fator de risco, particularmente durante a puberdade, também os fatores genéticos contribuem com cerca de 5% a 10%, principalmente ao envolver mutações nos genes breast cancer 1 (BRCA1) e breast cancer 2 (BRCA2), bem como história familiar, história pessoal de câncer de mama, raça, etnia e tecido mamário denso. O câncer de mama vem atingindo cada vez mais mulheres, a cada 10 mulheres 8 terão o câncer de mama. O tratamento do câncer de mama escolhido para cada paciente depende do estágio do câncer. Pode envolver quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Para o tratamento com quimioterapia os Taxanos constituem fármacos de escolha. Assim, o objetivo deste estudo foi destacar o uso dos taxanos como opção terapêutica no câncer de mama. Para isso foi realizado uma revisão sistemática da literatura. Concluiu-se que os taxanos atualmente representam o que há de mais consistente e efetivo no tratamento de pacientes que sofrem de câncer de mama. Apesar dos riscos e efeitos adversos comuns a estes tipos de medicamentos – reações de hipersensibilidade, manifestações cutâneas, alopecia permanente, entre outros – observa-se que as vantagens relacionadas ao seu uso são sobretudo importantes, especialmente quando estes medicamentos são utilizados em combinação com outras drogas, diminuindo os riscos e toxicidade, bem como garantindo melhores resultados na diminuição das recidivas.

Palavras-chave: Câncer de mama, Neoplasias, Taxanos.

1. INTRODUÇÃO

Apesar de toda a evolução nas áreas de ciências e tecnologias, o câncer, ainda, tem sido visto como uma das doenças mais assustadoras que o ser humano pode enfrentar. Causando impacto não somente na pessoa atingida, mas em toda a sua família e amigos (Felix, 2012).

Sabe-se que o câncer, no contexto geral da doença, ainda é uma das patologias que mais mata em todo o mundo. No Brasil, o câncer também é um problema de saúde pública, fazendo a cada ano inúmeras vítimas (Felden; Figueiredo, 2011).

Estima-se, para o Brasil, biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer. Essas estimativas refletem o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina, cólon e reto entre os mais incidentes, entretanto ainda apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago. Nas mulheres, os cânceres de mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (8,1%), pulmão (6,2%) e tireóide (4,0%) figurarão entre os principais (INCA, 2017).

Especificamente o câncer de mama apresenta-se como um grave problema de saúde pública, bem como é classificado como sendo o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o primeiro na população feminina. Atualmente, o câncer de mama tem sido cada vez mais estudado, mas a sua cura ainda é um objetivo um tanto quanto distante de ser alcançado, mesmo com toda a tecnologia e evolução das ciências médicas (Zucca-Matthes, 2010).

Os taxanos, são drogas antineoplásicas, que tem sido muito usados como opção terapêutica com bons resultados no tratamento do câncer de mama. Estão disponíveis atualmente dois tipos de taxanos no mercado nacional, sendo eles o paclitaxel e o docetaxel (Donati et al, 2011).

O paclitaxel foi originalmente extraído de uma árvore teixo (*Taxus spp.*, *Taxaceae*), conífera de crescimento lento. Devido à escassez inicial de paclitaxel, o docetaxel, um análogo semissintético do paclitaxel produzido a partir das agulhas do teixo europeu *Taxus baccata*, foi desenvolvido (Francioli et al, 2014).

Os taxanos são drogas que tem sido cada vez mais indicadas para os pacientes que sofrem de câncer de mama, representando uma importante terapêutica com bons resultados no tratamento. No entanto, observa-se também que alguns efeitos colaterais são importantes quando do uso destas drogas, especialmente a médio e longo prazo (Fonia et al, 2017).

Diante destas considerações iniciais, o objetivo deste estudo é destacar o uso dos taxanos como opção terapêutica no tratamento de câncer de mama.

2. METODOLOGIA

A metodologia adotada para o desenvolvimento desta temática é a revisão da literatura. Os artigos foram pesquisados e selecionados nas bases de dados: Lilacs, Bireme, BVS e Scielo, utilizando os seguintes descritores: Taxanos; drogas antineoplásicas; tratamento do câncer de mama. Foram selecionados artigos nacionais e internacionais, publicados nas línguas portuguesa e inglesa, publicados nos últimos 12 anos.

3. REVISÃO DE LITERATURA.

3.1. CÂNCER DE MAMA E SUA IMPORTÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

3.1.1. CONCEITOS

A classificação dos tumores representou, nas últimas décadas, uma grande evolução nos conceitos e definições relacionados à doença neoplásica de uma forma geral. Especialmente nas duas últimas décadas, com a publicação da Classificação de Tumores da Organização Mundial de Saúde (OMS), passou-se a ter uma referência para a classificação e entendimento dos tumores (Gobbi, 2012).

Especificamente o carcinoma mamário, apresenta uma característica tumoral bastante heterogênea, fazendo assim com que este represente um verdadeiro desafio na busca por uma terapêutica eficiente. Especificamente neste caso, é ainda necessária a adoção de uma classificação mais abrangente, que englobe também as características morfológicas, avaliação da agressividade tumoral, tipo histológico, características da resposta inflamatória, mitoses, polimorfismo nuclear e comprometimento endotelial vascular e linfático.

Este tipo de massa tumoral é, desta forma complexa, trazendo consigo uma série de alterações moleculares e tendo um comportamento biológico divergente em relação a tumores microscopicamente similares, tornando-se assim um grande desafio para profissionais especializados na área (CINTRA et al, 2012).

3.1.2. EPIDEMIOLOGIA

O câncer de mama constitui a principal neoplasia na população feminina de todo o mundo. Sua mortalidade é elevada, representando aproximadamente 13,7% do total das mortes por câncer, com exceção de tumores de pele do tipo não melanoma (Cintra et al, 2012).

Este tipo de câncer também é o segundo mais fatal em países desenvolvidos, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. Especialmente dentre as neoplasias, é o principal causador de óbitos entre as mulheres (Felix et al, 2012).

Especialmente no Brasil, em 2010 foram estimados um total de 49.240 novos casos, o que é semelhante aos números observados em outros países em desenvolvimento (cintra et al, 2012).

Nos países altamente desenvolvidos, a incidência atingiu uma estabilidade seguida de queda na última década. Ainda nesses países, as taxas de mortalidade apresentaram uma tendência de declínio desde o final da década de 1980 e início de 1990, refletindo uma combinação de melhoria na detecção precoce, por meio de rastreamento populacional, e intervenções terapêuticas mais eficazes (INCA, 2017).

Ainda no Brasil, somente no ano de 2015 ocorreram 15.403 óbitos por câncer de mama. Estimativas apontam que haverá 59.700 casos novos de câncer de mama, para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres (Tabela 1). Sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer também é o primeiro mais frequente nas mulheres das Regiões Sul (73,07/100 mil), Sudeste (69,50/100 mil), Centro-Oeste (51,96/100 mil) e Nordeste (40,36/100 mil). Na Região Norte, é o segundo tumor mais incidente (19,21/100 mil) (INCA, 2017).

Tabela 1: Distribuição proporcional dos 10 tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018, exceto pele não melanoma.

	Localização Primária	Casos	%
Mulheres 	Mama Feminina	59.700	29,5%
	Cólon e Reto	18.980	9,4%
	Colo do Útero	16.370	8,1%
	Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.530	6,2%
	Glândula Tireoide	8.040	4,0%
	Estômago	7.750	3,8%
	Corpo do Útero	6.600	3,3%
	Ovário	6.150	3,0%
	Sistema Nervoso Central	5.510	2,7%
	Leucemias	4.860	2,4%

Fonte: Inca, 2017, p.59.

Batiston et al (2011) consideram que fatores como a presença dos genes *BRCA1* e *BRCA2*, história familiar ou pessoal de câncer de mama, maior densidade do tecido mamário, hiperplasia mamária atípica, exposição à radiação, fatores reprodutivos como longos períodos de história menstrual (menarca precoce e menopausa tardia), nuliparidade, primeira gestação a termo após os 30 anos de idade e ausência ou curtos períodos de amamentação também representam aumento do risco para a ocorrência do câncer de mama.

Em estudo cujo objetivo foi verificar a associação entre a distribuição da gordura corporal e o câncer de mama em mulheres do Rio Grande do Sul. Foi possível concluir que a presença em excesso de gordura, especialmente na parte superior do corpo, representa um importante preditor de câncer de mama em mulheres que se encontram na pré-menopausa (Felden e Figueiredo, 2011).

Batiston et al (2011) consideram que a incidência da doença cresce rapidamente até os 50 anos de idade, e posteriormente, essa elevação se dá de maneira mais lenta.

Em um estudo de coorte sobre o histórico de mulheres com diagnóstico de câncer de mama no período de 2000 a 2002, foram catalogadas nos registros hospitalares de câncer do Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina e Hospital de Caridade – Irmandade Nosso Senhor dos Passos, os dois localizados em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, mostrou que os fatores independentes associados ao maior risco de óbito foram faixa etária menor de 30 anos; as mulheres analfabetas; as com estadiamento III. Os autores concluíram que as mulheres jovens são aquelas com piores taxas de sobrevida. Também existem muitas mulheres sendo diagnosticadas em estádios avançados, tendo uma sobrevida pior, demonstrando a necessidade de ações de diagnóstico precoce (Schneider e D'orsi, 2009).

Segundo Soares e Silva (2010), os cânceres mesmo não apresentando causas definidas podem apresentar fatores de risco. Especificamente em relação ao câncer de mama, os fatores de risco incluem história familiar de câncer de mama, diagnóstico confirmado de hiperplasia atípica, densidade da mama aumentada, história de menarca precoce ou menopausa tardia, obesidade após a menopausa, uso de contraceptivos orais ou reposição de hormônios orais (estrogênio e progesterona) pós-menopausa, nuliparidade ou primeira gravidez após 30 anos de idade e consumo de bebidas alcoólicas.

Ainda assim, Soares e Silva (2010) destacam que as taxas de incidência de câncer de mama aumentam com a idade, alcançando seu pico na faixa etária de 65 a 70 anos.

Conforme Felden e Figueiredo (2011), ainda, estudos tem apontado a obesidade como um importante fator de risco para a ocorrência de câncer de mama na pós menopausa principalmente, o que também é atribuído ao fato de que as mulheres que apresentam excesso de peso tem uma maior conversão hormonal de androstenediona em estrona no tecido adiposo, resultando em maior concentração de estrógeno livre. Um outro fator é que o excesso de peso pode ocasionar uma hiperinsulinemia e maiores níveis de IGH-I livre, responsável pelo estímulo à proliferação celular.

3.1.3. OPÇÕES TERAPÊUTICAS DISPONÍVEIS

Soares e Silva (2010) destacaram que as duas últimas décadas testemunharam um considerável avanço no tratamento do câncer, tendo-se a cura como objetivo terapêutico real em 50% dos tumores diagnosticados. São as principais formas de tratamento do câncer: cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e a terapia combinada que pode ser a combinação de todas as outras.

Atualmente, as terapêuticas preconizadas para os casos que envolvem neoplasia mamária, são a radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e quimioterapia, estando estas associadas ou não à mastectomia. Especificamente, a quimioterapia antineoplásica, ou seja, a utilização de agentes químicos, isolados ou em combinação, pode ser empregada tanto com objetivos paliativos quanto curativos, e tem como objetivo tratar os tumores malignos. Esta opção tem se tornado uma das mais importantes e promissoras maneiras de combater o câncer. No entanto, sua indicação implica uma série de fatores que devem ser considerados no seu planejamento, como a idade do paciente, seu estado nutricional, as funções renais, hepáticas e pulmonar, presença de infecções, o tipo de tumor, a existência de metástase e sua extensão, além do *performance status* (condição de vida), o principal indicador de prognóstico do paciente oncológico (SILVA et al, 2008).

A quimioterapia antilblástica é definida como o emprego de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, com o objetivo de tratar as neoplasias malignas. Os antineoplásicos são classificados de duas maneiras principais: de acordo com sua estrutura química e função em nível celular e com a especificidade no ciclo celular. A primeira divide-os em seis grupos: agentes alquilantes (ciclofosfamida, cisplastina e carboplatina); antimetabólitos (metrotexato e mercaptopurina); antibióticos antitumorais (doxorubicina e bleomicina); plantas alcalóides (vincristina e paclitaxel); agentes múltiplos (hidroxiureia) e hormônios e antagonistas hormonais (estrogênios e antiestrogênios) (Soares; SILVA, 2010).

Saad et al (2007) destacaram que cerca de um terço das pacientes brasileiras tem doença localmente avançada (estádio III) ao diagnóstico, sendo que essas pacientes são comumente tratadas com regimes quimioterápicos pré-operatórios (neo-adjuvantes) ou pós-operatórios (adjuvantes). Em muitos destes casos, os regimes quimioterápicos empregados no tratamento adjuvante ou neo-adjuvante incluem uma antraciclina (doxorrubicina ou epirrubicina). A epirrubicina, um análogo estrutural da doxorrubicina, pode ser empregada nas várias fases do tratamento quimioterápico do câncer de mama.

A poliquimioterapia (utilização de mais de uma agente citostático em combinação) tem grandes vantagens no tratamento oncológico, pois proporciona sinergismo-somatório dos efeitos isolados; retardam a resistência tumoral por utilizar-se drogas com mecanismos de ação diferentes e doses menores diminuindo assim os efeitos colaterais (Soares; Silva, 2010).

Zucca-Matthes (2010) destacou que um dos principais objetivos da quimioterapia neoadjuvante é converter carcinomas mamários localmente avançados (CMLA) em tumores operáveis ou aumentar o número de pacientes que possam ser submetidas ao tratamento conservador da mama (TCM). Um planejamento cirúrgico ideal envolve a tentativa radiológica de predizer a área de tumor residual pós-quimioterapia, possibilitando a ressecção de uma grande quantidade de tecido mamário com segurança oncológica. No entanto, poucos dados estão disponíveis no que diz respeito aos exames preditores de tumor residual e à cirurgia oncoplastica em tumores mamários localmente avançados tratados com quimioterapia neoadjuvante. Avaliar o uso de exames pré e pós-quimioterapia, que favoreçam o TCM, em mulheres com CMLA, sobretudo em cirurgias oncoplasticas.

A radioterapia é uma forma de tratamento localizado, com utilização de radiação ionizante, proveniente de aparelhos ou radioisótopos naturais ou artificiais. Essa forma de tratamento objetiva destruir as células tumorais da região comprometida, contudo tampouco é seletiva. A cirurgia ainda é uma das formas mais frequentes e adequadas de tratamento para a maioria das neoplasias malignas. Já a hormônioterapia envolve a manipulação de hormônios com o objetivo de deter o crescimento tumoral e pode ser realizada de quatro maneiras: terapêutica aditiva, ablática, competitiva e inibitória (Soares; Silva, 2010).

3.2. TAXANOS NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

3.2.1. CONCEITOS E FARMACOLOGIA

Os taxanos são drogas utilizadas para tratar vários tipos de câncer, como os de mama e pulmão. Os dois taxanos liberados para comercialização no Brasil são o paclitaxel (PCX) (Taxol®) e docetaxel (DCX) (Taxotere®) (Donati et al, 2011).

Os taxanos disponíveis são utilizados para reprimir e inibir o crescimento celular, a diferenciação e proliferação em várias linhas celulares de câncer (Francioli et al, 2014). Essa classe farmacológica é amplamente utilizada para o tratamento de pacientes com câncer de mama. Os taxanos são metabolizados no fígado humano pelo citocromo CYP3A e são substratos dos transportadores de múltiplas drogas da cascata de ligação ao ATP ABCB1 (Angelini et al, 2017).

Segundo Francioli et al (2014), eles são comumente conhecidos como inibidores de mitose ou inibidores de microtúbulos. Em um ciclo celular normal, as células formam microtúbulos no início da divisão celular e estes são quebradas quando a célula para de se dividir. Os Taxanos estabilizam os microtúbulos, impedindo sua quebra normal. Isto faz com que as células cancerosas parem de se dividir durante a mitose, o que potencialmente retarda o crescimento do tumor ao matar suas células. Desta forma, os taxanos interferem nas fases G2 / M e, portanto, induzem apoptoses programadas. Além disso, também iniciam toda uma cascata de vias de morte celular ao atingir um amplo espectro de proteínas "indutores de morte" que são muito importantes no sucesso do tratamento do câncer.

Testa e Mano (2011) afirmaram que a adição de um taxano ao tratamento com antraciclina parece resultar num ganho absoluto de 3 a 5%, em termos de redução do risco de recidiva e sobrevida, em relação aos esquemas baseados somente em antraciclina. Atualmente, parece que as administrações concomitante ou sequencial sejam igualmente eficazes, porém com menor toxicidade para a forma sequencial. Há também certo interesse na investigação da sequência invertida (taxano → antraciclina), com resultados preliminares interessantes especialmente em neoadjuvância.

Estudos mostram que a ação dos taxanos nas células, pode induzir uma gama de genes, citocinas e interleucinas que afetam a proliferação, conseqüentemente, levando à inibição do crescimento celular e apoptose (Francioli et al, 2014).

Conforme destacado por Testa e Mano (2011), atualmente ainda não há disponível um marcador clínicos ou biológicos confiáveis da eficácia dos taxanos, sendo esta uma carência a ser buscada através da realização de novos estudos.

3.2.2. RISCOS E EFEITOS COLATERAIS DOS TAXANOS

Os efeitos colaterais mais comuns relacionados ao uso dos taxanos são a neutropenia e mucosite. São patologias que apresentam modo de ação similar, mas perfil distinto de efeitos colaterais cutâneos. Estas patologias ocorrem em razão do docetaxel ser mais absorvido pelas células e por ficar retido mais tempo no ambiente intracelular. Sinais de toxicidade cutânea são observados em cerca de 65% dos casos e incluem alopecia, reações de hipersensibilidade e alterações ungueais. A maioria dos casos é tratada pelo oncologista. Por isso, muitos estudos sobre este tema não refletem a visão dermatológica do quadro, descrito sucintamente como “reação cutânea” (Donati et al, 2011).

Fonia et al (2017) destacaram em seu estudo que o eflúvio anágeno com alopecia reversível do couro cabeludo é um efeito colateral conhecido da quimioterapia.

Da mesma forma, conforme, Rugo et al (2017), a alopecia induzida por quimioterapia é um efeito adverso comum e angustiante.

Segundo Fonia et al (2017), observa-se que há um número crescente de relatos na literatura documentando alopecia permanente em pacientes tratados com taxanos.

Donati et al (2011) afirmaram que os efeitos colaterais cutâneos são muito comuns com uso de taxanos. Não há números exatos, uma vez que não existem estudos epidemiológicos destas drogas usadas isoladamente, mas estima-se uma incidência de 65%. Estas reações possuem intensidade variável e podem alterar de modo importante a qualidade de vida, sendo fundamentais o alívio dos sintomas e a prevenção das reações. Existem poucos estudos sobre tratamento, deixando os dermatologistas sem muitas evidências científicas em que se basear. Orientações preventivas são úteis para evitar a suspensão do tratamento, e, muitas vezes, são o único modo de tratar os sintomas limitantes destes eventos desencadeados por taxanos.

Dados na literatura mostram que os pacientes que recebem terapia com taxano estão em risco de reações de hipersensibilidade sem o gerenciamento apropriado da pré-medicação. Com base nestas afirmações, é importante que os pacientes entendam a importância de tomar as medicações prévias conforme prescrito para evitar reações adversas (Roper et al, 2017).

4. DISCUSSÃO

O câncer de mama representa uma das doenças mais temidas e também das mais comuns entre as neoplasias que acometem as mulheres na atualidade. É uma das doenças responsáveis por um grande número de óbitos, embora uma série de tratamentos atualmente estejam disponíveis, com bons resultados terapêuticos.

Entre as opções de tratamentos disponíveis, o emprego dos taxanos como agentes quimioterápicos pode trazer bons resultados, conforme os resultados encontrados na literatura pesquisada.

Foi possível observar que a poliquioterapia atualmente é a abordagem mais indicada, onde, corroborando com a visão de Soares e Silva (2010), busca-se sinergismo-somatório dos efeitos sobre os sítios tumorais. Especificamente os taxanos tem sido as drogas de eleição nos casos de câncer de mama, sendo indicados para reprimir e inibir o crescimento celular, bem como a diferenciação e proliferação das várias linhas celulares presentes nestes casos, de acordo com o preconizado por Donati et al (2011) e Francioli et al (2014). Em relação à poliquimioterapia, corroborando com a visão de Testa e Mano (2011) os resultados de seu estudo apontaram que a adição de um taxano ao tratamento com antraciclina parece resultar num ganho absoluto de 3 a 5%, em termos de redução do risco de recidiva e sobrevida, em relação aos esquemas baseados somente em antraciclina.

Da mesma forma, foi também possível observar sinais de que a combinação dos taxanos a outros medicamentos parece diminuir seu potencial tóxico, de acordo com os resultados alcançados por Testa e Mano (2011).

Ainda, de acordo com o estudo de Francioli et al (2014), uma importante forma de atuação nas células tumorais é a capacidade de inibir mitoses ou microtúbulos, estabilizando-os e impedindo a quebra normal destes, fazendo com que as células cancerosas parem de se dividir durante a mitose, o que potencialmente retarda o crescimento do tumor ao matar suas células.

Sem dúvida, esta capacidade e mecanismo de ação dos taxanos é o seu grande diferencial em relação às outras drogas atualmente disponíveis para tratamento do câncer de mama. Embora seja indicado para outras formas de câncer, a efetividade desta droga é mais estudada especificamente nos casos de câncer de mama e de pulmão, onde os resultados mostram-se mais relevantes.

No estudo realizado ficou evidente que a efetividade deste grupo de drogas é sobremodo alta, com bons resultados terapêuticos alcançados.

Corroborando com esta visão, para Francioli et al (2014) há provas de que a ação de taxanos nas células pode induzir uma gama de genes, citocinas e interleucinas que afetam a proliferação, conseqüentemente, levando à inibição do crescimento celular e apoptose.

Entre os riscos e efeitos colaterais mais comuns, segundo o estudo de Donati et al (2011) os principais envolvem a neutropenia e a mucosite, enquanto que para Fonia et al (2017) destacaram em seu estudo que o eflúvio anágeno com alopecia reversível do couro cabeludo é um efeito colateral conhecido, representando, na visão de Rugo et al (2017), um efeito adverso comum e ao mesmo tempo angustiante para os pacientes. Na visão de Donati et al (2011), os efeitos colaterais são muito comuns embora não haja uma estimativa conclusiva sobre sua incidência. Apesar disto, para estes autores, acredita-se que os efeitos cutâneos relacionados ao uso sejam em torno de 65% do total.

Outras reações e eventos adversos também podem ocorrer e, segundo Roper et al (2017), incluem reações de hipersensibilidade. Também, no estudo de Martins et al (2011), os autores citaram as lesões cardiovasculares secundárias ao tratamento, com destaque para as cardiomiopatias, podendo esta manifestar-se até 20 anos após a quimioterapia com esta droga.

Diante destas considerações e corroborando com a visão de Roper et al (2017), observa-se a necessidade da adoção de um protocolo bem estudado e definido pré medicação, para que se possa trabalhar de forma mais adequada possível com o paciente e ajustar as medicações e associações de medicamentos conforme cada caso.

Consideramos também que, apesar de todos os riscos, a terapêutica com o uso de taxanos representa na atualidade o que há de mais importante em termos de tratamento para os pacientes que sofrem de câncer de mama.

Corroborando com a visão de Chen et al (2010) e Lu et al (2017) os resultados obtidos com estas drogas são importantes não somente na redução da massa neoplásica, mas também na diminuição do percentual de recidivas, considerado também menor quando do uso destes medicamentos.

Assim sendo, embora observe-se que a problemática dos efeitos colaterais e adversos inerentes ao uso desta droga é um tema ainda de grande relevância, observa-se que os efeitos e resultados positivos relacionados a este medicamento são importantes do ponto de vista terapêutico em relação possibilidades disponíveis para os pacientes que sofrem de câncer de mama.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que os taxanos, atualmente representam o que há de mais consistente e efetivo no tratamento de pacientes que sofrem de câncer de mama. Apesar dos riscos e efeitos adversos comuns a estes tipos de medicamentos – reações de hipersensibilidade, manifestações cutâneas, alopecia permanente, entre outros – observa-se que as vantagens relacionadas ao seu uso são sobremodo importantes, especialmente quando estes medicamentos são utilizados em combinação com outras drogas, diminuindo os riscos e toxicidade, bem como garantindo melhores resultados na diminuição das recidivas.

REFERÊNCIAS

- [1] Angelini, S.; Botticelli, A.; Onesti, C.E.; Giusti, R.; Sini, V.; Durante, V.; Strigari, L.; Gentile, G.; Cerbelli, B.; Pellegrini, P.; Sgroi, V.; Occhipinti, M.; Di Pietro, F.; ROSSI, A.; Simmaco, M.; Mazzuca, F.; Marchetti, P. Pharmacogenetic Approach to Toxicity in Breast Cancer Patients Treated with Taxanes. *Anticancer Res*; 37(5): 2633-2639, 2017.
- [2] Azevedo E Silva, G.; Gamarra, C.J.; Girianelli, V.R.; Valente, J.G. Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Saúde Pública*;45(6):1009-18, 2011.
- [3] Batiston, A.P.; Tamaki, E.M.; Souza, L.A.; Santos, M.L.M. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife*, 11 (2): 163-171 abr. / jun., 2011.
- [4] Chen, J.H.; Nie, K.; Bahri, S.; Hsu, C.C.; Hsu, F.T.; Shih, H.N.; Lin, M.; Nalcioglu, O.; SU, M.Y. Decrease in breast density in the contralateral normal breast of patients receiving neoadjuvant chemotherapy: MR imaging evaluation. *Radiology*; 255(1): 44-52, 2010.
- [5] Cintra, J.R.D.; Teixeira, M.T.B.; Diniz, R.W.; Gonçalves JUNIOR, H.; Florentino, T.M.; Freitas, G.F.; Oliveira, L.R.M.; Neves, M.T.R.; Pereira, T.; Guerra, M.R. Perfil imuno-histoquímico e variáveis clinicopatológicas no câncer de mama. *Rev Assoc Med Bras*; 58(2):178-187, 2012.
- [6] Donati, A.; Castro, L.G.M. Efeitos colaterais cutâneos de quimioterapia com taxanos. O ponto de vista do dermatologista. *An Bras Dermatol.*;86(4):755-8, 2011.
- [7] Felden, J.B.B.; Figueiredo, A.C.L. Distribuição da gordura corporal e câncer de mama: um estudo de caso-controle no Sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5):2425-2433, 2011.
- [8] Felix, J.D.; Zandonade, E.; Amorim, M.H.C.; Castro, D.S. Avaliação da completude das variáveis epidemiológicas do Sistema de Informação sobre Mortalidade em mulheres com óbitos por câncer de mama na Região Sudeste - Brasil (1998 a 2007). *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4):945-953, 2012.
- [9] Folgueira, M.A.A.K.; Snitcovsky, I.M.L.; Del Valle, P.R.; Katayama, M.L.H.; Brentani, M.M.; Vieira, R.A.C. Perfil transcricional e resposta à quimioterapia neoadjuvante em câncer de mama. *Rev Assoc Med Bras*; 57(3):353-358, 2011.
- [10] Fonia, A.; Cota, C.; Setterfield, J.F.; Goldberg, L.J.; Fenton, D.A.; Stefanato, C.M. Permanent alopecia in patients with breast cancer after taxane chemotherapy and adjuvant hormonal therapy: Clinicopathologic findings in a cohort of 10 patients. *J Am Acad Dermatol*; 76(5): 948-957, 2017.
- [11] Francioli, A.L.S.; Cortez, L.E.R.; Bernuci, M.P.; Yamaguchi, M.U. Quimioterápicos utilizados no tratamento do câncer de mama. VII Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica, outubro de 2014.
- [12] Gobbi, H. Classificação dos tumores da mama: atualização baseada na nova classificação da Organização Mundial da Saúde de 2012. *J. Brás. Patol. Med. Lab.*, 48(6):463-474, 2012.
- [13] Inca. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.
- [14] Kashiwagi, S.; Asano, Y.; Goto, W.; Takada, K.; Takahashi, K.; Hatano, T.; Takashima, .T.; Tomita, S.; Motomura, H.; Ohsawa, M.; Hirakawa, K.; Ohira, M. Using TILs to Predict Therapeutic Effect of Chemotherapy (Pertuzumab, Trastuzumab, Docetaxel) on HER2-positive Breast Cancer. *Anticancer Res*; 37(10): 5623-5630, 2017.
- [15] Lu, Y.; Huang, H.; YANG, H.; Chen, D. Randomized controlled trial of late-course concurrent versus sequential chemoradiotherapy after mastectomy and axillary surgery in locally advanced breast cancer. *Medicine (Baltimore)*; 96(41): e8252, 2017.
- [16] Lorusso, V.; Cinieri, S.; Latorre, A.; Porcu, L.; Del Mastro, L.; Puglisi, F.; Barni, S. Efficacy and safety of eribulin in taxane-refractory patients in the 'real world'. *Future Oncol*; 13(11): 971-978, 2017.
- [17] Martins, W.A.; Souza, V.B.; Rocha, L.F.C.; Villacorta Junior, H. Cardiomiopatia por Doxorubicina em Pacientes com Câncer de Mama – A Propósito de Dois Casos. *Rev Bras Cardiol.*;24(3):196-198, 2011.
- [18] Roper, K.; Siefert, M.L.; Fuller, F.; Lucier, D.; Berry, D.L. Self-Administered Premedication: Improving Taxane Chemotherapy Treatment. *Clin J Oncol Nurs*; 21(2): 234-239, 2017.
- [19] Rugo, H.S.; Klein, P.; Melin, S.A.; Hurvitz, S.A.; Melisko, M.E.; Moore, A.; Park, G.; Mitchel, J.; Bageman, E.; D'agostino, R.B.; Ver Hoeve, E.S.; Esserman, L.; Cigler, T. Association Between Use of a Scalp Cooling Device and Alopecia After Chemotherapy for Breast Cancer. *JAMA*; 317(6): 606-614, 2017.
- [20] SAAD, E.D.; Facina, G.; Gebrim, L.H. Epirubicina no tratamento do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 53(1): 47-53, 2007.
- [21] Schneider, I.J.C.; D'orsi, E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(6):1285-1296, jun, 2009.

- [22] Silva, T.R.; Toscani, T.C.; Gaudenz, A. Câncer de mama masculino: uma doença diferente? *Rev Bras Mastol*;18(4):165-170, 2008.
- [23] Soares, E.M.; Silva, S.R. Perfil de pacientes com câncer ginecológico em tratamento quimioterápico. *Rev Bras Enferm, Brasília*; 63(4): 517-22, 2010.
- [24] Sparano, J.A.; Wang, M.; Martino, S.; Jones, V.; Peres, E.A.; Saphner, T.; Wolff, A.C.; Sledge, G.W.; Wood, W.C.; Davidson, N.E. Weekly paclitaxel in the adjuvant treatment of breast cancer. *N Engl J Med*; 358(16): 1663-71, 2008.
- [25] Testa, L.; Mano, M.S. Quimioterapia em câncer de mama. *Rev Bras Mastologia.* ;20(4):190-198, 2011.
- [26] Zucca-Matthes, A.G. Análise de fatores clínicos, radiológicos e patológicos que influenciam o tratamento cirúrgico do câncer de mama localmente avançado, submetido à quimioterapia neoadjuvante. Trabalho de Conclusão de curso (especialização), USP, São Paulo, 149p., 2010.

Capítulo 5

Atenção farmacêutica aos pacientes em uso de medicamentos inibidores de receptor do fator de crescimento epidérmico de 1º e 2º linha de tratamento

Mariana Alves Carneiro da Silveira

Milena de Oliveira Jayme

Eliana Rezende Adami

Resumo: O câncer é definido como um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células. Segundo a organização mundial de Saúde, o câncer é considerado um problema de saúde pública mundial. Dentre eles a neoplasia pulmonar é considerada o segundo tumor mais frequente e vem apresentando aumento de 2% por ano na sua incidência mundial. Através do melhor entendimento da biologia do câncer permitiu uma evolução no manejo clínico da doença e o tratamento farmacológico recebeu importantes avanços, como as terapias alvos inibidores de tirosina quinase do receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR), destaca-se como uma opção de tratamento para o câncer de pulmão não pequenas células, esses medicamentos apresentam benefício comprovado em termos de maior taxa resposta, inibem a progressão tumoral, melhorando a qualidade e progressão de vida dos pacientes, como consequência, os efeitos colaterais cutâneos são frequentemente observados, podendo levar a uma baixa adesão, interrupção da dose e descontinuação do tratamento, impactando negativamente no paciente. Diante do exposto torna-se fundamental propor diretrizes e estratégias para melhorar a adesão ao tratamento farmacológico dos inibidores de EGFR, cooperando com a atenção farmacêutica, melhorando a adesão a terapia, no manejo das reações adversas, favorecendo assim o tratamento e qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: (cancer de pulmão; inibidores tirosina quinase; receptor de fator de crescimento epidérmico; atenção farmacêutica)

1. INTRODUÇÃO

O câncer, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), é definido como um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. As células dividem-se rapidamente de forma incontrolável e tendem a ser agressivas. O acúmulo dessas células leva a formação dos tumores, que podem ser malignos ou benignos. O processo no qual as células normais transformam-se em células cancerígenas é denominado de carcinogênese¹.

A carcinogênese pode iniciar-se de forma espontânea ou ser provocada pela ação de agentes carcinogênicos que podem ser endógenos ou exógenos. Os agentes exógenos (poluentes, gases atmosféricos e radiação) são responsáveis pelo aumento da incidência do câncer nos países economicamente desenvolvidos, como resultado da adoção de estilos de vida pouco saudáveis, incluindo o tabagismo, falta de atividade física, dietas inadequadas e exposição excessiva ao sol. Cerca de 80 a 90% dos casos de câncer estão associados aos fatores exógenos².

Segundo a organização mundial de Saúde (OMS) o câncer é considerado um problema de saúde pública mundial, pois as estimativas para a 2025 são de 20 milhões de novos casos de câncer, o que impactará em torno de 80 % a população¹. Já as estimativas para o Brasil, para 2018-2019, a ocorrência de 600 mil novos casos de câncer.

Destaca-se entre esses a neoplasia pulmonar, sendo o segundo tumor mais incidente no Brasil. No fim do século XX, o câncer de pulmão se tornou uma das principais causas de morte evitáveis³. O câncer de pulmão se divide em dois tipos principais, o câncer de pulmão de não pequenas células (CPNPC) que corresponde de 80 a 85 % dos casos, e o câncer de pulmão de pequenas células (CPC) que são responsáveis por 10 a 15% dos cânceres de pulmão³.

No primeiro grupo, estão incluídos o adenocarcinoma, o carcinoma de células escamosas e o carcinoma de grandes células³. Estes dois tipos de câncer de pulmão têm características próprias de crescimento e de disseminação, assim como de tratamento⁴, será abordado o câncer de pulmão de não pequenas células devida sua maior relevância e prevalência.

Nas últimas duas décadas, o melhor entendimento da biologia do câncer permitiu uma evolução notável no manejo clínico dessa doença e o tratamento farmacológico dessa patologia recebeu importantes avanços⁵. Assim, os inibidores de tirosina quinase (TKIs) do receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) se destacam como uma opção de tratamento para o CPNPC. Além do papel fundamental do EGFR no desenvolvimento e progressão de tumores malignos, o EGFR também é importante para a proliferação e diferenciação da epiderme humana e dos folículos capilares, como consequência, os efeitos colaterais cutâneos são frequentemente observados durante a terapia do câncer com esses medicamentos⁶. O EGFR está expresso em grande número de casos de CPNPC⁷.

Alguns dos TKI disponíveis são relativamente particulares para o EGFR, como o Erlotinibe, Gefitinibe e o Afatinibe, essa classe de medicamentos é considerado como tratamento de primeira e segunda linha do CPNPC, mutantes de EGFR e de administração via oral⁸. Esses medicamentos têm um benefício confirmado em termos de maior taxa resposta, atuam inibindo a progressão tumoral, com isso melhora a qualidade de vida dos pacientes⁹. Os inibidores de EGFR são geralmente bem aceitos, não apresentam a toxicidade sistêmica dos agentes quimioterápicos tradicionais, contudo apresentam muitos eventos adversos, principalmente cutâneos, o que pode levar a uma baixa adesão ao tratamento, interrupção da dose e descontinuação do regime terapêutico, impactando na qualidade de vida do paciente⁶.

Assim a gestão adequada das reações adversas incluindo medidas profiláticas, medicamentos de suporte e ajuste de dose se tornam essenciais, neste contexto a Atenção Farmacêutica torna-se fundamental, pois compreende desde orientações como: uso correto, adesão a farmacoterapia, ação do medicamento no organismo, possíveis reações adversas, bem como medidas de prevenção e manejo de algumas reações adversas á medicamentos (RAMS), propor diretrizes e estratégias de atenção farmacêutica para melhorar o tratamento farmacológico dos inibidores de EGFR via oral, afim de auxiliar no acompanhamento farmacoterapêutico.

2. METODOLOGIA

Estudo baseado em revisão de literatura por meio de levantamento de dados científicos de artigos publicados, entre os anos de 2000 a 2018 nas bases de dados Scielo, Pubmed, Bireme, Periódico Capes, Lilacs, a partir das palavras-chave: “Inibidores de tirosina quinase”, “Inhibitors of tyrosine kinase”, “atenção farmacêutica”, “pharmaceutical attention”, “manejo das reações adversas”, “management of

adverse reactions”, “câncer de pulmão”, “lung cancer”, e “receptor do fator de crescimento epidérmico”, “epidermal growth factor receptor”. Além de protocolos e diretrizes clínicas de Guidelines e ministério da Saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. CÂNCER DE PULMÃO

O câncer de pulmão é um dos tumores de maior prevalência mundial, é um dos tipos de câncer mais agressivos e com alta letalidade, é considerado tumor maligno primitivo de natureza epitelial. Os carcinomas de pulmão são classificados em carcinoma de pequenas células e carcinoma não pequenas células¹⁰. O CPNPC está dividido em três subtipos sendo eles:

Os carcinomas de pulmão são classificados em carcinoma de pequenas células e carcinoma não pequenas células¹⁰. O CPNPC está dividido em três subtipos sendo eles:

- Adenocarcinoma: é o tipo mais comum, ocorrendo em 40% dos cânceres de pulmão. Este tipo de câncer de pulmão tem maior prevalência em fumantes e ex-fumantes, mas também em não fumantes. Ele tende a crescer mais lentamente do que os outros tipos de câncer de pulmão, e é mais provável de ser diagnosticado antes de se disseminar. Os pacientes com adenocarcinoma *in situ* têm um melhor prognóstico do que aqueles com outros tipos de câncer de pulmão⁴.
- Carcinoma de Células Escamosas (Epidermoide): Acometem de 25 a 30% dos cânceres de pulmão. Esse tipo de câncer de pulmão está relacionado com o tabagismo e tende a ser encontrado na região central dos pulmões perto de um brônquio⁴.
- Carcinoma de Grandes Células: Este tipo de tumor é responsável por 10 a 15% dos cânceres de pulmão. Ele pode aparecer em qualquer parte do pulmão e tende a crescer e se disseminar rapidamente, o que pode tornar o tratamento mais difícil⁴.


A tosse é o sintoma mais recorrente, a presença desta ou a sua mudança de padrão devem ser investigadas. Outros sinais e sintomas relacionados são: emagrecimento, dispnéia, dor torácica, hemoptise, e em menor frequência, ocorre o aparecimento de dor óssea, hipertermia, fraqueza, disfagia e sibilos respiratórios, 70% dos pacientes apresentam-se sintomáticos no momento do diagnóstico, devido a efeitos locais da neoplasia ou à disseminação local e/ou sistêmica¹¹.

O CPNPC normalmente é diagnosticado tardiamente, a maioria apresenta estádios III e IV no momento do diagnóstico. Somente um terço destes pacientes submete-se à retirada total cirúrgica do tumor, sendo assim, a maioria não se enquadra ao tratamento curativo e sim a tratamentos paliativos, como: quimioterapia, radioterapia ou ambos. Diferentemente de outros cânceres, apenas um pequeno número de pacientes sobrevive mais de cinco anos¹², a curta sobrevida pode ser explicada pelo diagnóstico tardio na maior parte dos pacientes e pelo comportamento biológico agressivo da doença. A classe de medicamentos de escolha para tratamento desse tipo de câncer são os inibidores tirosina quinase EGFR que atuam no sentido de aumentar o tempo e a qualidade de vida desses pacientes.

3.2. EPIDEMIOLOGIA

No Brasil, estimam-se para os anos 2018-2019, 18.740 novos casos de câncer de pulmão entre homens e 12.530 nas mulheres, conforme demonstra a figura 1.

Figura 1. Incidência de novos casos de câncer

Localização Primária	Casos	%	Homens	Mulheres	Localização Primária	Casos	%
Próstata	68.220	31,7%			Mama Feminina	59.700	29,5%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.740	8,7%			Colón e Reto	18.980	9,4%
Colón e Reto	17.380	8,1%			Colo do Útero	16.370	8,1%
Estômago	13.540	6,3%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.530	6,2%
Cavidade Oral	11.200	5,2%			Glândula Tireoide	8.040	4,0%
Esôfago	8.240	3,8%			Estômago	7.750	3,8%
Bexiga	6.690	3,1%			Corpo do Útero	6.600	3,3%
Laringe	6.390	3,0%			Ovário	6.150	3,0%
Leucemias	5.940	2,8%			Sistema Nervoso Central	5.510	2,7%
Sistema Nervoso Central	5.810	2,7%			Leucemias	4.860	2,4%

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: Inca, 2018

3.3. INIBIDORES TIROSINA QUINASE COM AÇÃO EM EGFR

As proteínas quinases são enzimas que catalisam a fosforilação de proteínas através da transferência de um grupo fosforila de ATP.

A fosforilação é responsável por estímulos extracelulares e intracelulares, estabelecendo um mecanismo bastante eficiente para o controle da atividade das proteínas. As proteínas quinase são responsáveis pela comunicação no controle intracelular, regulação e transdução de sinais. O mecanismo regulador inclui vários processos que vão desde alterações químicas e estruturais da proteína até o controle transcricional. Por isto, um minucioso entendimento do mecanismo de controle das proteínas quinases está sendo o foco de interesse de muitas pesquisas para a evidencição de novos fármacos¹³.

A ligação das proteínas tirosinas quinases (PTKs) com o câncer está bem confirmada, demonstrado que PTKs-chave se encontram desreguladas em tumores, mantendo a fosforilação, levando os sinais de transdução a um estado continuamente ativado¹⁴.

Os inibidores tirosina quinase com ação no EGFR são pequenas moléculas que competem com a adenosina trifosfato (ATP), inibindo a ligação da mesma na porção intracelular da tirosina quinase, levando a regressão do tumor através do aumento da apoptose e inibição da proliferação celular e angiogênese⁷.

Recentemente, foram descobertas novas estratégias promissoras de tratamento a partir do desenvolvimento de terapias de alvo molecular, particularmente aquelas que interferem em vias de transdução de sinais em células neoplásicas, trazendo novas perspectivas de tratamento CPNPC, do tipo adenocarcinoma¹⁵, os principais agentes terapêuticos são o gefitinibe, erlotinibe e afatinibe.

3.4. RECEPTOR DO FATOR DE CRESCIMENTO EPIDÉRMICO (EGFR)

O EGFR pertence a uma família de proteínas humanas que abrange quatro membros: EGFR (ErbB1/HER-1), ErbB2(HER-2), ErbB3(HER-3) e ErbB4(HER-4). Estes receptores são glicoproteínas contidas na membrana que possuem o sítio extracelular e o intracelular, que possui o receptor tirosina quinase. O EGFR desempenha um papel importante na regulação da proliferação celular, diferenciação e sobrevivência das células epiteliais, este é expresso em diferentes tipos de tumores, como o câncer do cólon, cabeça e pescoço, ovários, pulmões e gliomas malignos¹⁶.

Na célula tumoral, a autofosforilação do EGFR leva à proliferação celular, migração e invasão tecidual, preferencialmente através da ativação de algumas vias intracelulares complexas, sendo este um mediador importante na transformação oncogênica e progressão tumoral, além de formação de metástases e estímulos a neovascularização, a via do EGFR está alterada em diversos tipos de tumores, sobretudo os epiteliais¹⁶.

Os inibidores EGFR são fármacos promissores para a terapêutica do câncer de pulmão¹⁷. Foi a primeira terapia alvo de câncer, são considerados como tratamento essencial para tumores em estágio avançado. Esses agentes têm a capacidade superior de atingir células cancerosas e apresenta melhor perfil de segurança em comparação com as quimioterapias convencionais⁶.

3.5. TRATAMENTO: INIBIDORES DE TIROSINA QUINASE - EGFR

A via de sinalização intracelular do EGFR é hoje um alvo importante no tratamento de CPNPC¹⁸. Atualmente três TKI's com ação em EGRF estão disponíveis para tratamento, sendo eles o Gefitinibe, Erlotinibe e o Afatinibe, estas drogas apresentam melhores taxas de resposta clínica e maior taxa de sobrevida ao paciente, comparadas ao esquema de quimioterapia convencional¹⁹.

Estas terapias tem indicação para CPNPC do tipo adenocarcinoma e que apresentem mutações somáticas no gene EGFR, onde a mutação ocorre no domínio tirosina quinase, geralmente nos éxons 19 (del19) ou no éxon 21 (L858R), estas mutações afetam o sítio de ligação do ATP, mesmo local onde TKIS com ação em EGFR, apresentando um aumento a afinidade com TKI e levando a respostas clínicas positivas, sendo assim, são considerados biomarcadores importantes para a definição da escolha terapêuticas no tratamento de CPNPC¹⁵.

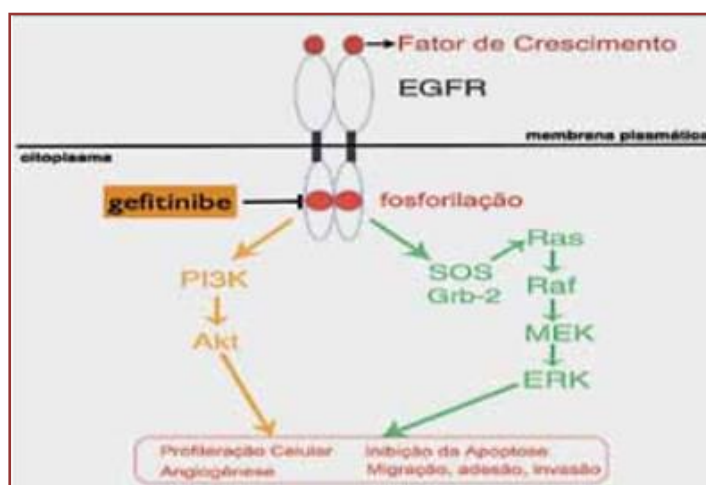
3.6. MECANISMO DE AÇÃO DOS TKI'S EGFR

Gefitinibe (Iressa®, AstraZeneca) é uma pequena molécula que inibe reversivelmente a autofosforilação da tirosina-quinase do EGFR/HER1, inibindo a sua via de sinalização (Leite et al., 2012), considerado tratamento de primeira linha para CPNPC.

O Erlotinibe (Tarceva®, Genentech Roche) é uma pequena molécula que inibe reversível e seletivamente a atividade tirosina-quinase do EGFR, competindo com o ATP pelo sítio de ligação no domínio intracelular do EGFR⁵, considerado tratamento de primeira linha para CPNPC.

O afatinibe (Giotrif) é um potente e seletivo inibidor irreversível da família ErbB. O afatinib liga-se covalentemente, bloqueando de modo irreversível a sinalização de todos os membros da família ErbB, considerado tratamento de segunda linha para CPNPC¹⁵.

Figura 1. Mecanismo de ação inibidores de tirosina quinase - EGFR



FONTE: Oncologia de A a Z; 2013

3.7. EFEITOS ADVERSOS AOS INIBIDORES DE TIROSINA QUINASE COM AÇÃO EM EGFR

O EGFR é largamente expresso no desenvolvimento normal e fisiológico da pele, presente na camada basal e suprabasal da epiderme, glândulas sudoríparas e folículos pilosos. Devido estas características sua inibição pode interferir de forma crucial nas funções fisiológicas da pele quando empregado contra o câncer, o EGFR causa alterações na fisiologia dos queratinócitos, incluindo diferenciação prematura, diminuição da proliferação e aumento da apoptose, assim justificando o elevado número de reações adversas cutâneas, presentes no tratamento medicamentoso²⁰. Geralmente a terapia anti-EGFR é bem tolerada por ser uma quimioterapia direcionada, não apresentando a toxicidade sistêmica das quimioterapias tradicionais.

Os eventos adversos mais comuns são: gastrointestinais, (diarréia e estomatite/mucosite) e cutâneo (erupção cutânea, pele seca, paroniquias e xerose), e o menos frequente a hepatotoxicidade⁸.

As reações cutâneas estão presentes entre 60% a 90% dos pacientes em tratamento com inibidores de EGFR, a toxicidade da pele afeta principalmente a face, couro cabeludo, pescoço, membros superiores, membros inferiores e dorso, estudos demonstram que a toxicidade cutânea tem relação com melhor resultado terapêutico, sendo assim, a erupção da pele é uma estratégia para maximizar a eficácia de inibidores de EGFR²¹.

Os eventos adversos cutâneos geralmente são classificadas como leves, mas se eles se tornam moderados ou graves, eles podem trazer um impacto negativo sobre a qualidade de vida do paciente levando à reduções de doses ou descontinuidade no tratamento, afetando negativamente o resultado clínico do paciente⁸.

Em uma análise de artigo, foi acompanhado 14 pacientes, mas somente 07 estavam em uso de EGFR para CPNPC, as reações adversas mais comuns estão descritas na tabela 1.

Tabela 1. Características clínicas e tratamento dos pacientes observados

Paciente	Idade Genero	Efeito Adverso	Localização	Tratamento	Intervenção
1	60/M	Lesão papulopustular Xantomas eruptivos Paroniquias Granuloma Piogenico	Face Tronco Abdômen Antebraço Coxas	Minociclina Metronidazol Tópico corticosteroide Emoliente Sob monitoramento	Redução
2	77/M	Lesão papulopustular Angiomas e Telangiectasias	Face Peito Costas Couro cabeludo Coxas	Minociclina	Sem modificação
3	63/M	Lesão papulopustular	Tronco Couro Cabeludo	Emoliente Minociclina	Sem modificação
4	53/M	Lesão papulopustular Lesão Xerose Eczema	Face Tronco Costas Peito	Minociclina Emoliente	Sem modificação
5	68/F	Grânuloma Piogênico Paroníquia	Maos Quirodactilso	Corticosteroide tópico Ácido Fusidico	Não Avaliado
6	72/M	Lesão papulopustular	Face	Minociclina Corticosteroide tópico Metronizadol Emoliente Hidroxizina	Interrupção temporária
7	55/F	Lesão papulopustular Granuloma Piogenico Paroniquias com pus Cabelo alterado crescimento e textura Cílios alterados	Face, peito, Costas Quirodáctilos e Pododactilos Couro cabeludo Tricomegalia	Minociclina Metronidazol Emolientes Corticosteroide tópico Antibiotico tópico Minoxidil Altercação Shampoo	Redução

Fonte: Adaptado FELICIDADE et al., 2010.

O EGFR foi mantido em 5 tratamentos, embora a dose tenha sido reduzida em 2 casos, e temporariamente interrompido em 1 paciente devido à toxicidade cutânea. Apesar do pequeno número de pacientes neste estudo, os resultados obtidos são semelhantes aos descritos em outros estudos analisados. A erupção papulopustular é o efeito adverso cutâneo mais comum do inibidor EGFR, que ocorre em 80% dos pacientes no início do tratamento²². No curso da terapia com EGFR, de 2 a 36% dos pacientes ainda pode se apresentar com leve a moderada mucosite, estomatite, diarreia e houve relato de artralgia leve. O tratamento da toxicidade cutânea induzida por EGFR ainda não é consensual. Sua abordagem é baseada em duas opções: tratamento preventivo / proativo e tratamento das reações de acordo com seu grau de gravidade²².

As reações adversas cutâneas são efeitos colaterais comuns da terapia de crescimento epidérmico, com influência significativa na saúde física, emocional e psicossocial do paciente. O comprometimento grave exige redução de dose ou interrupção temporária ou definitiva, dificultando a administração completa do tratamento em uma dose eficaz e por um período ideal. Portanto, diretrizes para prevenção e tratamento dessas toxicidades cutâneas da terapia antineoplásica devem ser estabelecidas e implementadas²³.

3.8. MANEJO E MEDIDAS PREVENTIVAS DOS EVENTOS ADVERSOS

O uso crescente de EGFR, alguns já aprovado pelo FDA e outros submetidos a exames clínicos ensaios clínicos, implica que profissionais de saúde devem ampliar seus conhecimentos sobre os efeitos colaterais cutâneos inerentes a esta terapia. A gestão proativa das reações adversas para O EGFR é fundamental para

conter a incidência de sintomas, melhorar a tolerância ao medicamento e, assim, adesão terapêutica, prolongando consequentemente a sobrevivência de pacientes com melhor qualidade de vida²².

Os eventos adversos graves são suficientes para demandar redução ou suspensão da dose. O manejo correto dos eventos adversos é essencial para a adesão terapêutica. O aconselhamento pré-terapia e as medidas preventivas são indispensáveis²⁴. Em 2014, três fármacos EGFR-TKIs estavam disponíveis no Reino Unido, e concluiu-se que uma revisão das estratégias de manejo para todos os EAs associados a estas terapias seria benéfica. Uma reunião de consenso de uma equipe multidisciplinar, formado por oncologistas médicos e clínicos, dermatologistas, gastroenterologistas, enfermeiros e farmacêuticos da oncologia, foi realizada para desenvolver diretrizes sobre prevenção e tratamento de EAs cutâneos e gastrointestinais associados à administração de EGFR-TKIs⁸.

3.9. EVENTOS ADVERSOS CUTÂNEOS

A inibição da atividade do EGFR traz uma complexidade de eventos celulares que resultam em múltiplos eventos adversos cutâneos (Eas), incluindo erupção cutânea, pele seca, prurido e inflamação dos tecidos ungueais / periungueais. A erupção cutânea pode causar sequelas cutâneas a longo prazo, como hiperpigmentação pós-inflamatória, telangiectasia e eritema²³, a mesma é classificada em grau 1, 2, 3 e 4.

As estratégias preventivas visam reduzir os EAs cutâneos, educar os pacientes sobre a prevenção, toxicidades e tratamentos dos EAs de pele inerente às terapias EGFR-TKI, aconselhar sobre a importância da hidratação da pele diariamente, evitar a exposição prolongada ao sol, fazer uso de protetor solar, evitar banhos longos e com temperaturas extremas como frio ou calor, praticar o uso regular e repetido de emolientes, de preferência em toda a pele e com produtos sem álcool ou perfumes²².

Para a higiene pessoal, os emolientes aquosos e os substitutos do sabão são menos desidratantes para a pele do que os sabonetes normais, shampôs que diminuem o risco de foliculite do couro cabeludo, ex. cetozolazol, devem ser recomendados⁸.

O tratamento profilático com tetraciclina oral (doxiciclina ou minociclina a cada 100mg duas vezes ao dia) juntamente com corticosteróides tópicos de baixa potência duas vezes ao dia no rosto e tórax por 6 a 8 semanas pode ser iniciado junto com a terapia antineoplásica²⁴.

O tratamento de EAs cutâneos leves de grau I, consiste em administração de agentes tópicos com propriedades anti-inflamatórias que reduzem também o risco de infecção secundária. Na toxicidade de grau 2, intensificar a hidratação e o uso de emolientes, os corticoides tópicos (hidrocortisona) podem ser bem eficazes, mas não devem ser usados por mais de 14 dias, porque podem diminuir a espessura cutânea e aumentar o risco de infecção secundária. As reações adversas graves de grau 3, são tratadas com antibióticos orais em associação com tratamento tópico, é necessário encaminhar o paciente a um especialista, para tratamento e investigação da infecção. A indicação do uso de antihistâmicos é utilizada para redução do prurido, independente do grau da toxicidade^{8,24}.

O manejo farmacêutico só pode ser praticado nos casos leves ou moderados (graus 1 e 2), em que a área acometida corresponde a > 50% da superfície total, nestas situações indicar ou prescrever anti-histamínico (rash) e/ou corticóide de uso tópico (rash ou acne) por no máximo 2 semanas²⁵.

Pacientes com grau ≥ 3 erupções, erupção cutânea de grau 2 intolerável, erupção cutânea que interfere nas atividades de autocuidado, o ajuste de dose dos inibidores de EGFR é indicado até que a erupção melhore para grau ≤ 2 ²³.

3.10. XEROSE

A xerose é a segunda reação adversa cutânea mais comum ao inibidor EGFR, afetando até 35% dos pacientes. Apresenta-se como manchas descamativas, secas e com prurido, limitadas principalmente às regiões afetadas pela erupção cutânea papulopustular. O manejo requer o uso de emolientes e corticoides tópicos de baixa potência e de curta duração²³.

3.11. PARONÍQUIAS

A paroníquia é um distúrbio identificado por um processo inflamatório e doloroso, acometendo os tecidos moles ao redor da unha. Educar os pacientes sobre o risco de paroníquia durante a terapia com EGFR-TKI e como preveni-la é fundamental.

Orientar quanto a proteção cuidadosa das mãos, os pacientes devem manter os membros superiores e inferiores o mais secos possível e não encharcá-los em água com sabão por longos períodos sem proteção adequada. As unhas precisam ser cortadas cuidadosamente, trauma ou lesão nas unhas deve ser evitado, assim como, não usar sapatos restritivos, contudo devem proteger as unhas. A exposição a irritantes cutâneos deve ser evitada, Estabelecer o uso de emolientes regularmente é fundamental⁸.

Nos primeiros sinais de complicações nas unhas, os pacientes devem informar a equipe multidisciplinar, a paroníquia apresenta evolução rápida. Indicar ou prescrever solução de Clorexidina 10% para higiene local e/ou uso de cremes a base de corticóide puro (Dexametasona 1%, Clobetasol 0,05%). Banho de imersão em água com vinagre branco ajudar a aliviar o desconforto. Se houver secreção ou descolamento da lâmina ungueal, encaminhar ao médico assistente ou dermatologista⁸.

3.12. EVENTO ADVERSO GASTROINTESTINAL

A diarreia é o EA mais comum nos pacientes tratados com um EGFR-TKI e antineoplásicos orais.

Se o paciente apresentar diarreia de grau 1 ou 2 (menos de 48 h), pode iniciar a hidratação oral com soro fisiológico ou outras soluções para reidratação. Os pacientes podem ser orientados a administração de Loperamida 4 mg (dose de ataque), seguida de 2 mg VO 4/4h, até melhora do quadro, recomendar a suspensão de alimentos à base de leite até a melhora do quadro diarreico, se os sintomas se tornar recorrente mesmo com tratamento, encaminhar para o médico assistente⁸.

3.13. MUCOSITE

Inflamação que ocorre na mucosa de revestimento do tubo digestivo ocasionada por um efeito citotóxico de agentes usados para realização de quimioterapia ou radioterapia. Os pacientes devem estar cientes da necessidade de alertar um profissional de saúde aos primeiros sinais de mucosite, a identificação precoce das infecções, diminuem a severidade da mucosite e ajudam no controle da dor²⁵.

Aconselhar a não utilização de soluções para enxágue bucal que contenham álcool ou aromatizantes mentolados na formulação, devido ao fator irritativo destas substâncias. Soluções suaves são úteis para umidificação da mucosa e redução da irritação e desconforto, estudos recentes confirmam uma solução salina a 0.9% como a mais eficiente e de menor custo. A indicação de água bicarbonatada (1 colher de chá de Bicarbonato e Sódio para 1 copo de água) para bochecho e gargarejo 3x/dia, solução oral (Nistatina 25 mL + Lidocaína viscosa 2% 50 mL) para bochecho e gargarejo 4 a 6x/dia auxiliam no manejo da dor e infecção. Recomendar dieta líquida e pastosa à temperatura ambiente, de sabor suave e livre de alimentos ácidos ou condimentos, assim como abstinência de álcool e Tabaco²⁶.

Anestésicos locais, anti-sépticos e analgésicos sistêmicos podem ser usados. A modificação da dose ou a interrupção do tratamento podem ser necessárias em caso de mucosite grave²³.

3.14. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

A terapia antineoplásica tornou-se cada vez mais personalizada e a relevância clínica de interações medicamentosas com estes fármacos pode haver mais impacto do que com outras terapias, devido sua estreita margem terapêutica e efeitos adversos. É extremamente relevante quando a IM (interação medicamentosa) contribui para a redução ou aumento da biodisponibilidade do medicamento antineoplásico inibidores de EGFR, e em consequência poderá contribuir com a falta de efetividade da terapia ou gravidade dos eventos adversos. O tratamento medicamentoso com inibidor de EGFR por seu lado, têm grande potencial para interações, porque são metabolizados pelo CYP3A4, CYP1A2 e por vezes, simultaneamente, são substratos ou inibidores da glicoproteína P, é elevado o número de IM para os medicamentos orais¹¹.

A estratégia antineoplásica está atualmente passando de ciclos de quimioterapia citotóxicos tradicionais limitados por tempo para tratamento oral contínuo com terapias direcionadas, como inibidores de tirosina quinase, o risco de interações medicamentosas tornou-se uma questão importante no atendimento ao paciente²⁷.

3.14.1. AFATINIBE:

A biodisponibilidade oral do afatinibe é de 92%. O afatinibe liga-se a 95% às proteínas plasmáticas. O transporte de afatinibe é mediado pela glicoproteína-P (gp-P).

O uso concomitante de inibidores de afatinibe e glicoproteína-P, pode ocasionar em aumento da exposição ao afatinibe, potencializando os eventos adversos, a co-administração quando necessária pode resultar em redução de dose da terapia antineoplásica²⁵.

Indutores do transporte mediado pela glicoproteína-P, se associado com afatinibe, pode resultar em exposição diminuída da terapia antineoplásica, sendo necessário o ajuste de dose²⁵.

3.14.2. ERLOTINIBE:

A biodisponibilidade oral do erlotinib é de ~ 76% em pacientes com câncer. A ligação às proteínas plasmáticas é de 92–95% para o erlotinibe. O seu metabolismo é mediado principalmente pelo citocromo CYP3A4.

O uso concomitante de erlotinibe e indutores CYP3A4, é considerada interação de maior severidade, pois pode haver redução dos níveis e eficácia do erlotinibe, fundamental monitorar a terapia.

Inibidor bomba de prótons, pode resultar em menor absorção do erlotinibe, devido a modificação do pH.

Antihistaminicos H2/anti-ácidos e erlotinibe, quando associados, pode diminuir a concentração sérica do erlotinibe, importante estabelecer intervalo de administração deve várias horas, considere a modificação da terapia.

Associação de erlotinibe e inibidores do CYP3A4 pode resultar em aumento da exposição ao erlotinibe e risco de toxicidade, sendo necessário a redução de dose da terapia antineoplásica.

3.14.3. GEFITINIBE:

A biodisponibilidade oral do gefitinibe é de 55 a 60%. O gefitinib liga-se a 90% às proteínas plasmáticas. O seu metabolismo ocorre principalmente no fígado, em que o CYP3A4 e o CYP2D6 estão principalmente envolvidos²⁵.

O medicamento tioridazina é um Inibidor da CYP2D6, se associado com gefitinibe, pode resultar em aumento na concentração plasmática desta e de seus metabólitos ativos. O uso concomitante é contraindicado²⁵.

Inibidores da CYP3A4, resulta em aumento dos níveis do gefitinibe, na impossibilidade de suspender o uso dos inibidores, fazer uso com cautela²⁶.

Os indutores da CYP3A4, diminuem a exposição do gefitinibe, se associados, o aumento da dose de gefitinibe deve ser considerado²⁵.

O uso concomitante de gefitinibe e inibidores da bomba de prótons pode resultar na diminuição da exposição ao gefitinibe, evitar o uso concomitante de gefitinibe com medicamentos que elevam o pH gástrico, se necessário a associação, considerar o intervalo de 12 horas para administração do gefitinibe²⁵.

Antihistaminicos H2 e anti-ácidos associados ao gefitinibe, pode resultar na diminuição da exposição ao gefitinibe, se necessário o uso concomitante, administrar gefitinibe 6 horas após ou 6 horas antes²⁵.

Os medicamentos que apresentam interação com inibidores de EGFR estão classificados na tabela 2.

Tabela 2 - Interações medicamentosas farmacocinéticas descritas na literatura.

Farmácos	Afatinibe	Erlotinibe	Gefitinibe
Amiodarona	Red	White	White
Azitromicina	Red	White	White
Captopril	Red	White	White
Carvedilol	Red	White	White
Ciclosporina	Red	White	White
Diltiazem	Red	White	White
Dronaderona	Red	White	White
Eritromicina	Red	White	White
Felodipino	Red	White	White
Primidona	Red	White	White
Quercetina	Red	White	White
Quinidina	Red	White	White
Ritonavir	Red	White	White
Tacrolimus	Red	White	White
Apepritano	White	Red	White
Bicarbonato de sódio	White	Red	White
Ciprofloxacino	White	Red	White
Fenobarbital	White	Red	White
Fenofibrato	White	Red	White
Indinavir	White	Red	White
Mitotano	White	Red	White
Nefazodona	White	Red	White
Rabeprazol	White	Red	White
Rifabutina	White	Red	White
Varfarina	White	Red	White
Voriconazol	White	Red	White
Carbamazepina	Red	Yellow	White
Carbonato de Alumínio	White	Yellow	Red
Carbonato de Cálcio	White	Yellow	Red
Carbonato de Magnésio	White	Yellow	Red
Cetoconazol	Red	Red	White
Claritromicina	Red	Red	White
Verapamil	Red	Red	White
Cimetidina	White	Yellow	Red
Erva de são joao	Red	Red	Red
Ezomeprazol	White	White	Red
Famotidina	White	White	Red
Lanzoprazol	White	White	Red
Fenitoína	White	Red	Red
Fluconazol	White	Yellow	White
Fosfenitoína	White	White	Red
Hidroxido de Alumínio	White	Yellow	Red
Hidroxido de Magnésio	White	Yellow	Red
Itraconazol	Red	Red	White
Lopinavir	Red	Red	White
Nizatidina	White	Red	Red
Omeprazol	White	Red	Red
Pantoprazol	White	Red	Red
Ranitidina	White	Red	Red
Rifampicina	Red	Red	Red
Telaprevir	Red	Red	White
Ticagrelor	Red	Red	White
Varfarina	White	Yellow	Yellow

Fonte: Adaptado, Micromedex, Moc & Thomas-schoemann et al., 2014

O uso de nicotina, é considerado uma interação importante com a terapia erlotinibe, pacientes fumantes devem ser orientados a parar de fumar, pois o cigarro reduz a quantidade do farmaco em 50% no organismo, afetando negativamente o tratamento antineoplásico²⁶. A alimentação está associada a interação com os inibidores de EGFR, podendo reduzir a concentração do medicamento em até 39%, a administração do farmaco deve acontecer em jejum²⁵.

3.15. ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Segundo a OMS, atenção farmacêutica se define como:

“um conceito de prática profissional na qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A atenção farmacêutica é o compêndio das atitudes, os comportamentos, os compromissos, as inquietudes, os valores éticos, as funções, os conhecimentos, as responsabilidades e as habilidades dos farmacêuticos na prestação da farmacoterapia com o objetivo de obter resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente” (OMS, 1993, p7).

Atenção Farmacêutica participa do processo educação em saúde, o farmacêutico deve interagir ativamente com o paciente²⁸. A atenção farmacêutica, centralizada no paciente, surgiu com o intuito de melhorar a qualidade do processo de utilização de medicamentos, atingindo resultados efetivos em tratamentos clínicos²⁸.

A aplicação da Atenção Farmacêutica baseia-se principalmente em alcançar resultados eficazes da terapia, de modo a trazer benefícios e melhora na qualidade de vida do paciente, através da adoção de medidas profiláticas, atendimento farmacêutico, acompanhamento farmacoterapêutico e dispensação segura, procurando-se definir uma atividade clínica para o farmacêutico, tendo sempre o paciente como ponto de partida para a solução dos Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRMS)²⁸.

Quando falamos em pacientes oncológicos, um seguimento particularizado é fundamental, devido à complexidade em seu tratamento farmacoterapêutico. O profissional farmacêutico quando desenvolve a AF efetiva, através de um seguimento sistemático da terapia medicamentosa administrada, identificando problemas de saúde causados pela terapia e apoiando o paciente a entender melhor seu tratamento, traz melhores resultados para o paciente oncológico, já que os impactos de problemas com essa classe de terapia podem ser críticas, ocasionando em danos irreversíveis, piora na qualidade de vida e inclusive, a progressão da doença²⁹.

Estudos demonstram que a atenção farmacêutica aumenta a identificação e resolução de problemas relacionados a medicamentos (PRMS), favorecendo a adesão e a segurança da terapia, com doses e esquemas terapêuticos favoráveis às necessidades de cada paciente. As diretrizes farmacoterapêuticas adequadas para a condição clínica do paciente são bases essenciais para a determinação da utilização e adesão efetiva aos medicamentos, trazendo inúmeros benefícios ao paciente²⁸.

4. CONCLUSÃO

O surgimento de novas tecnologias terapêuticas e de administração oral, como o afatinibe, o erlotinibe, e o gefitinibe, tem contribuído imensamente para o tratamento de câncer de pulmão. Visando melhorar o bem-estar do paciente, é essencial que os farmacêuticos estejam atentos aos agentes de tratamento, eventos adversos e interações medicamentosas, estas terapias estão associadas a vários EAs que são geralmente leves a moderados e administráveis, com baixas taxas de descontinuação, portanto antes de iniciar o tratamento com a terapia anti-EGFR, é fundamental trabalhar com educação e auto-cuidado dos pacientes, sobre as possíveis toxicidades de pele, e introduzir medidas preventivas, pois os eventos adversos para o EGFR é específico e previsível. Assim, o paciente deve ser informado e preparado para tal condição. É necessário maior estudo para garantir uma abordagem mais direcionada da toxicidade cutânea, considerando-se o quanto isso pode interferir na qualidade de vida do paciente e na sua decisão de continuar a terapia antitumoral. Diretrizes para prevenção e manejo dessas toxicidades cutâneas, devem ser estabelecidas e implementadas pelo farmacêutico e equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

- [1] Instituto Nacional do Câncer. A. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil, p.122, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 20/10/2017.
- [2] Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 2011; 61(2): 69-90.
- [3] Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). ABC do câncer. Ministério da Saúde. 2017; 1: 13 – 26.
- [4] American Cancer Society 2016: Cancer Facts & Figures 2016. Disponível em: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2016/cancer-facts-and-figures-2016.pdf>. Acesso em: 11/10/2017.
- [5] Leite CAVG et al. Receptores tirosina-quinase: implicações terapêuticas no câncer. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica.* 2012; 8 (29): 130-142.
- [6] Chanprapaph K, Vachiramon V, Rattanakarmakorn P. Epidermal Growth Factor Receptor Inhibitors: A Review of Cutaneous Adverse Events and Management. *Dermatology Research And Practice.* 2014; 14: 1-8.
- [7] Gieb G. Avaliação da custo-efetividade do tratamento do adenocarcinoma de pulmão avançado direcionado pela avaliação molecular do EGFR. 2012. Rio Grande do Sul: Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. 2012.
- [8] Califano R et al. Expert Consensus on the Management of Adverse Events from EGFR Tyrosine Kinase Inhibitors in the UK. *Drugs.* 2015; 75(12): 1335-1348.
- [9] Alves AF, Liebermann M. Inibidores da tirosina-quinase no CPNPC avançado: A propósito de um caso clínico. *Revista Portuguesa de Pneumologia.* 2008; 14(3): 23-28.
- [10] Novaes FT et al. Lung cancer: histology, staging, treatment and survival. *J Bras Pneumol.* 2008; 34(8): 595-600.
- [11] Silva I. Revisão Sistemática Sobre Terapia Ablativa Versus Tratamento Convencional Para Câncer de Pulmão Não Pequenas Células. Monografia (Especialização) - Curso de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2014.
- [12] Jamnik S et al. Características Clínicas, Diagnósticas e Laboratoriais de Portadores de Carcinoma Bronquiolo alveolar. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2008; 1(54): 11-16.
- [13] Silva BV. et al. Proteínas quinases: características estruturais e inibidores químicos. *Química Nova.* 2009; 32(2): 453-462.
- [14] Avila CM, Romero O, Nelilma C. Proteínas Tirosinas Quinases: Desafios do Desenvolvimento de Fármacos para a Terapia do Câncer. *Revista Virtual de Química.* 2009; 2(1): 59-82.
- [15] Lopes GL, Vattimo EFQ, Castro Júnior G. Identifying activating mutations in the EGFR gene: prognostic and therapeutic implications in non-small cell lung cancer. *Jornal Brasileiro de Pneumologia.* 2015; 41(4): 365-375.
- [16] Pereira ARMT. A influência do EGFR (Receptor do factor de crescimento epitelial) na carcinogênese oral e desenvolvimento das terapias alvo deste receptor. Tese (Doutorado). Coimbra: Curso de Medicina, Faculdade de Medicina Universidade de Coimbra Mestrado Integrado em Medicina Dentária, 2012.
- [17] Moura C et al. Reações cutâneas adversas aos inibidores do EGFR. *Revista do Grupo de Estudo do Cancro de Pulmao.* 2007; 5(1): 7-18.
- [18] Araujo A et al. Erlotinib na segunda linha de tratamento do cancro do pulmão de não pequenas células – Caso clínico. *Revista Portuguesa de Pneumologia.* 2008; 14: 17-22.
- [19] Rodrigues VMA. Mecanismos de Resistência aos Inibidores do EGFR e do ALK no Cancro do Pulmão. Dissertação (Mestrado). Portugal: Curso de Medicina, Universidade do Porto. 2016.
- [20] Santiago F et al. Reações cutâneas adversas aos inibidores do receptor do factor de crescimento epidérmico – estudo de 14 doentes. *Anais Brasileiros de Dermatologia.* 2010; 3(86): 483-490.
- [21] Kloth DD et al. The Escalating Role of Epidermal Growth Factor Receptor Inhibitors in Cancer Management: Clinical Considerations for the Health System Pharmacist. *Pharmacy And Therapeutic.* 2010; 4(35): 219-229.
- [22] Organização Mundial da Saúde – OMS Tóquio. El papel del farmacêutico em el sistema de atención de salud. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ime9848.pdf>, Acesso em: 03/11/2017.
- [23] Lupu L et al. Cutaneous adverse reactions specific to epidermal growth factor receptor inhibitors. *Journal Of Medicine And Life.* 2015; 14: 57-61.
- [24] Wnorowski IAM. et al. The management of EGFR inhibitor adverse events: a case series and treatment paradigm. *The International Society Of Dermatology: International Journal of Dermatology.* 2012: 223-232.

- [25] MOC 2015 - Manual de Oncologia Clínica do Brasil - Tumores Sólidos. Disponível em: <<https://mocbrasil.com/>>. Acesso em: 28 maio. 2018.
- [26] Palmela P. Guidelines para cuidados de saúde oral de doentes. 2010. Disponível em: <<http://www.sppneumologia.pt/uploads/files/spp/PDF33.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2018.
- [27] Thomas-Schoemann A et al. Drug interactions with solid tumour-targeted therapies. *Critical Reviews In Oncology/hematology*. 2014; 89(1): 179-196.
- [28] Lunardi D et al. Atenção Farmacêutica para pacientes em uso de Capecitabina: Pharmaceutical care to patients using Capecitabine. *Rev Bras Farm*. 2009; 90(3): 250-257.
- [29] Demoliner LP, Corte TWF. Atenção Farmacêutica para pacientes usuários de Lapatinibe. *Revista da Graduação: Publicações de TCC*. 2010; 3(2): 1-13.

Capítulo 6

Abcesso Hepático secundário à perfuração do trato gastrointestinal por palito de dente

Jamyle Balla da Silva

Renor Gonçalves de Castro Neto

Elismar Primo Moreira

Karina Keila Monteiro Almeida

Gabriella Saraiva Lopes

Wander Ricardo Quadros da Silva

Resumo: A ingestão de corpo estranho não é uma condição clínica rara, mas pode ser muito grave, que pode causar importante complicação posterior, em que se destaca o abcesso hepático, condição grave e extremamente incomum. Relatar o caso de um paciente com um abcesso hepático secundário a ingestão de corpo estranho. Este estudo teve cunho observacional, descritivo, de braço único, sem financiamento, com amostra única. As informações foram obtidas por meio da análise do prontuário do paciente, seus exames laboratoriais e de imagem, acompanhamento da conduta clínica e cirúrgica e revisão da literatura. O caso relatado e as publicações levantadas trazem à luz a discussão do diagnóstico e da terapêutica de uma situação complexa e rara que é o abcesso hepático causado por corpo estranho que pode levar a morte. Compreender o diagnóstico, o manejo clínico e o tratamento é fundamental para o sucesso terapêutico. Neste trabalho observou-se adequada condução do caso, apesar das complicações oriundas da complexidade do caso.

Palavras-chave: Abcesso hepático, granuloma piogênico, laparotomia, tomografia computadorizada.

1. INTRODUÇÃO

A ingestão de corpo estranho não é uma condição clínica rara e, na maioria dos casos, o objeto cursa intacto ao longo de todo o trato gastrointestinal, sem causar danos ao indivíduo. Entretanto, em cerca de 1% dos casos, pode ocorrer obstrução ou perfuração de estruturas, como estômago e o duodeno, causando importante complicação posterior, em que se destaca o abscesso hepático, condição grave e extremamente incomum (LEGGIERE, et al, 2010; BORBA, et al, 2012).

Nesse contexto, o primeiro caso de abscesso hepático decorrente de perfuração por corpo estranho foi publicado por Lambert em 1898². Somente 24 casos foram descritos desde então. Dentre as etiologias dessa doença, o abscesso hepático piogênico é o que possui maior complexidade, em decorrência de ampla infecção por germes gram-negativos e anaeróbios (BANDEIRA-DE-MELO et al, 2018; CARVER, et al, 2018).

Essa condição clínica geralmente apresenta prognóstico ruim, com rara resolução espontânea, em função da dificuldade em se estabelecer o diagnóstico precoce e intervenção adequada. Isso por que, na maioria dos casos, os pacientes dificilmente recordam-se do evento e a apresentação clínica, em geral, é diversa e não específica, observando-se dor abdominal em região epigástrica e hipocôndrio direito, febre, fadiga, calafrios, anorexia e perda de peso (BORBA, et al, 2012; IGREJA, et al, 2016).

Nesses casos, a tomografia computadorizada de abdome é o exame de imagem padrão ouro para a confirmação do diagnóstico de abscesso hepático por essa etiologia. Todavia, nem sempre o exame é esclarecedor, sendo confirmado durante o procedimento cirúrgico. Ressalta-se que para os casos que requerem gerenciamento operacional a laparoscopia é a cirurgia de escolha para os casos com prognósticos sombrios (BANDEIRA-DE-MELO et al; CARVER, et al, 2018; BOSTANCI, et al, 2017). Portanto, este trabalho visa relatar o caso de um paciente com um abscesso hepático secundário a ingestão de corpo estranho.

2. MÉTODO

O estudo é observacional, descritivo, de braço único, sem financiamento, sendo a amostra composta por um único indivíduo. A pesquisa realizou-se inicialmente pela análise do prontuário do paciente, bem como seus exames laboratoriais e de imagem. Por conseguinte, toda a sua conduta clínica e cirúrgica foi acompanhada e registrada, por meio de vídeos e fotografias e posteriormente houve apreciação junto às literaturas. Este estudo foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer: CAAE: 04759118.2.0000.5174.

3. RELATO DE CASO

3.1. ANAMNESE

Paciente V.S.A, sexo masculino, 14 anos, procedente de Bom Jesus do Araguaia, acompanhado pela mãe, admitido no Pronto Socorro do Hospital Municipal de Marabá, com queixa de dor abdominal de forte intensidade e contínua há aproximadamente 10 dias, associada à febre alta, calafrios e vômitos, sem fatores de melhora.

Relatou não estar fazendo uso de analgésicos, antitérmicos ou antieméticos. Sem histórico de internações ou cirurgias progressas. Nega alergias. Nega etilismo e tabagismo. Relata dificuldade em se alimentar nos últimos 10 dias, mas refere funcionamento intestinal e renal adequados. Não há histórico de doenças crônicas (hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitos) na família, nem casos de úlceras pépticas e/ou neoplasia gástrica/intestinal.

3.2. EXAME FÍSICO

Paciente apresentava-se em regular estado geral, consciente e orientado no tempo e no espaço, febril ao toque, acianótico, com icterícia conjuntival (+/4+), hipocorado (++/4+), e eupnéico. Ausculta cardíaca e ausculta pulmonar sem alterações. O abdômen estava distendido, com ruídos hidroaéreos positivos, doloroso a palpação, com fígado aumentado (3 cm) do rebordo costal direito e sinais de peritonite.

3.3. CONDOTA

Foi solicitada a internação do paciente na enfermaria do Hospital Municipal de Marabá e, na admissão, foram solicitados exames laboratoriais (Tabela 1) que evidenciaram elevada leucocitose a custa de neutrófilos segmentados, e uma tomografia computadorizada de abdômen (Figura 1-3) que evidenciou imagem de abscesso hepático de localização no lobo hepático direito e provável corpo estranho. Iniciou-se o tratamento clínico com ceftriaxona (2 g/dia) e metronidazol (1500 mg/dia) e foi solicitado a avaliação da cirurgia geral. Após a avaliação da equipe de cirurgia geral do hospital, foi preconizada uma laparotomia exploratória para a drenagem do abscesso e retirada do corpo estranho, devido aos achados clínicos do paciente associado ao resultado dos exames.

Tabela 1: Resultados laboratoriais, solicitados na admissão do paciente no Hospital Municipal de Marabá

Exame	Resultados
Hemoglobina	9,2 g/dL
Hematócrito	29,2 %
VCM ¹	82,5 fL
HCM ²	26,0 pg
RDW ³	16,8%
Leucócitos	21.370/mm ³
Neutrófilos segmentados	18.485/mm ³
Plaquetas	409.000/mm ³
AST ⁴	25,2 U/L
ALT ⁵	19,3 U/L
Bilirrubina Direta	0,23 mg/dL
Bilirrubina Indireta	0,14 mg/dL
Bilirrubina Total	0,37 mg/dL
Fosfatase Alcalina	233,8 U/L
TP ⁶	21,0 seg
TAP ⁷	32,0%
INR ⁸	1,95
TTPA ⁹	58,7 seg
Glicose	99,7 mg/dL
Gama GT	149,2 U/L

¹ VCM = volume corpuscular médio; ² HCM = hemoglobina corpuscular média;

³ RDW = *red cell distribution width*; ⁴ AST = aspartato aminotransferase; ⁵ ALT = alanina aminotransferase; ⁶ TP = tempo de protrombina; ⁷ TAP = tempo de ativação de protrombina; ⁸ INR = *International Normalized Ratio*; ⁹ TTPA = tempo de tromboplastina parcial ativado.

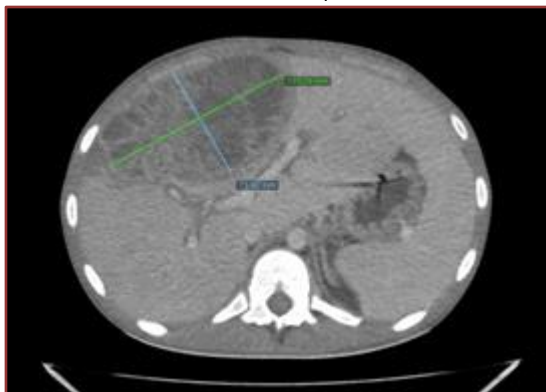
Fonte: Acervo da Pesquisa

Figura 1: Lesão expansiva multisseptada, ocupando grande parte do lobo direito.



Fonte: Acervo da pesquisa

Figura 2: Lesão compatível com abscesso hepático, medindo 12,9 x 9,3 x 12,8cm, com volume aproximado de 800cm³.



Fonte: Acervo da Pesquisa

Figura 3: Presença de formação linear espontaneamente hiperatenuante, com cerca de 6 cm.



Fonte: Acervo da Pesquisa

3.4. CONDUTA CIRÚRGICA

Paciente foi submetido à laparotomia exploratória, realizada incisão subcostal direita, sob anestesia raquidiana. Durante o procedimento cirúrgico, encontrou-se moderada quantidade de líquido ascítico na cavidade abdominal e edema de parede, associado a um abaulamento do lobo hepático direito junto ao ligamento redondo do fígado.

Após a abertura do local abaulado, drenou-se aproximadamente 1000 ml de secreção purulenta (figura 4), seguido de exploração digital da cavidade do abscesso hepático.

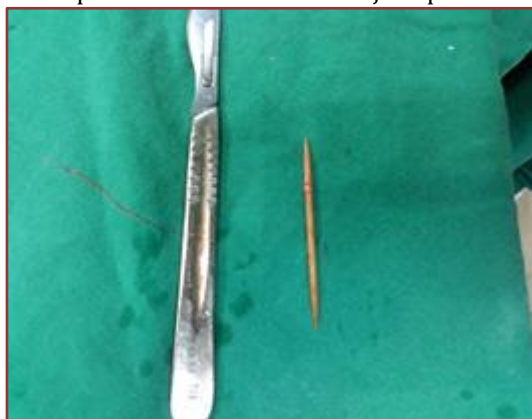
Posteriormente, foi palpado e retirado o corpo estranho, definido como um “palito de dente”. É um palito roliço de madeira, que mede cerca de 6,2 cm de comprimento, 2,0 mm de diâmetro, com ambas as extremidades pontiagudas (figura 5).

Figura 4: Intraoperatório, demonstrando grande quantidade de secreção piogênica advinda do abscesso formado pelo corpo estranho.



Fonte da pesquisa: Acervo de pesquisa

Figura 5: Corpo estranho retirado da loja hepática do paciente.



Fonte da pesquisa: Acervo da pesquisa

3.5. PROGNÓSTICO E EVOLUÇÃO

O paciente apresentou boa evolução clínica após o procedimento cirúrgico, apresentando melhora laboratorial e de estado geral. Houve liberação da dieta no quarto dia do pós-operatório, e alta hospitalar em dez dias, sem intercorrências.

4. DISCUSSÃO

A priori a literatura sugere que a maioria dos corpos estranhos ingeridos que se alojam no fígado são objetos longos e afiados, como ossos de animais, agulhas e palitos de dente (LEGGIERE, et al, 2010; BANDEIRA-DE-MELLO, et al, 2018). Esse fato corrobora com o presente estudo, o qual apresenta etiologia similar.

Ademais, por razões desconhecidas, ocorre a tendência do alojamento do corpo estranho na loja hepática esquerda (MELO, et al, 2019). Esse fato se contrapõe ao estudo em questão, visto que, houve o acometimento da loja hepática direita do indivíduo estudado.

Com relação à sintomatologia clínica, houve acordo com as literaturas de base, visto que todas referem dor abdominal, febre, calafrios, anorexia e fadiga (BORBA, et al, 2012; BANDEIRA-DE-MELLO, et al, 2018; CARVER, et al, 2018; IDIZ, et al, 2016).

Quanto aos exames laboratoriais, estes são raramente normais, tendo a leucocitose como principal alteração. Houve concordância com esse dado, visto que se verificou importante leucocitose na admissão hospitalar do sujeito desta pesquisa (IDIZ, et al, 2016). Observa-se ainda que, por vezes podem estar alteradas as aminotransferases, fato não evidenciado neste estudo, apesar da elevação moderada da fosfatase alcalina e gamaglobulina (IDIZ, et al, 2016).

Por conseguinte, é consenso que os exames de imagem, em especial a tomografia computadorizada, são de fundamental importância para o diagnóstico do abscesso hepático e suas etiologias (MELO, et al, 2019). Assim, a solicitação do exame de TC ao sujeito desta pesquisa foi acertada, visto que foi capaz de delimitar a extensão do abscesso, caracterizar o corpo estranho e sua localização, provendo subsídios necessários para a correta conduta cirúrgica.

Com relação ao tratamento, os protocolos clínicos preconizam que haja a antibioticoterapia com cobertura para Gram negativos e anaeróbios, isso porque os agentes causadores do abscesso piogênico são, em geral, de origem entérica. Frente a isso, a conduta clínica realizada no paciente foi condizente, uma vez que houve a administração de ceftriaxone e metronidazol (BORBA, et al, 2012).

Ainda nesse aspecto, o tratamento mais recomendado e definitivo para os abscessos hepáticos sintomáticos é a drenagem cirúrgica com remoção do corpo estranho (IGREJA, et al, 2016). De tal forma que com a antecipação da tomografia computadorizada é possível identificar facilmente o corpo estranho e removê-lo adequadamente, sem grandes intercorrências (CARVER, et al, 2018). Todavia, complicações, como grande volume de líquido ascítico na cavidade peritoneal e/ou quantidade exacerbada de substância piogênica podem estar presentes, inferindo dificuldade ao processo, realidade observada no caso descrito (BANDEIRA-DE-MELLO, et al, 2018; CARVER, et al, 2018; IGREJA, et al, 2016; MELO, et al, 2019) .

Por fim, é esperado que não haja complicações no seguimento pós operatório dos pacientes submetidos a cirurgia, como notado no presente estudo (MELO, et al, 2019).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso relatado e as publicações levantadas trazem à luz a discussão do diagnóstico e da terapêutica de uma situação complexa e rara que é o abscesso hepático causado por corpo estranho. Assim, o primeiro passo para o diagnóstico correto é o aumento da conscientização e a promoção de mais estudos científicos focados nesta patologia, a fim de prover um tratamento eficaz e evitar complicações, melhorando a assistência a esses pacientes.

REFERÊNCIAS

- [1] Leggieri, Nicola; Marques-Vidal, Pedro; Cerwenka, Herwig; Denys, Alban; Dorta, Gian; Moutardier, Vincent; Raoult, Didier. Migrated Foreign Body Liver Abscess. *Medicine*, [s.l.], v. 89, n. 2, p.85-95, mar. 2010. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/md.0b013e3181d41c38>.
- [2] Borba, Cinthya Coelho; Gomes, Amanda Raquel da Silva; Filgueira, Joana Paula Pantoja Serrão; PAZ, Otávio Gomes. Abscessos hepáticos secundários a espinha de peixe. Relato de caso. *Rev Bras Clin Med*, São Paulo, v. 10, n. 1, p.83-86, jan./fev. 2012.
- [3] Bandeira-de-Mello, Renato G.; Bondar, Gabriel; Schneider, Eduardo; Wiener-Stensmann, Isabel Cristina; Gressler, Juliano Bohrer; Kruel, Cleber Rosito Pinto. Pyogenic Liver Abscess Secondary to Foreign Body (Fish Bone) Treated by Laparoscopy: A Case Report. *Annals Of Hepatology*, [s.l.], v. 17, n. 1, p.169-173, jan. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.5604/01.3001.0010.7550>.
- [4] Carver, David; Bruckschwaiger, Vanessa; Martel, Guillaume; Bertens, Kimberly A.; Abou-Khalil, Jad; BALAA, Fady. Laparoscopic retrieval of a sewing needle from the liver: A case report. *International Journal Of Surgery Case Reports*, [s.l.], v. 51, p.376-378, 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2018.09.012>.
- [5] Igreja, Mauro; Cabral, André Laurindo; Pensin, Lucas; Kreibich, Marcela Schmidt; Martinello, Frederico Miola. Abscesso hepático polimicrobiano por perfuração gástrica por corpo estranho. *Rev. Amrigs, S.l*, v. 60, n. 4, p.367-369, out./nov. 2016.
- [6] Idiz, Ufuk Oguz. Case of an intrahepatic sewing needle and review of the literature. *Turkish Journal Of Trauma And Emergency Surgery*, [s.l.], p.77-80, 2016. Kare Publishing. <http://dx.doi.org/10.5505/tjtes.2016.48995>.
- [7] Melo, Hatsumi Miyashiro Iwamoto; Dias, Laiane Moraes; Costa, Tanise Nazaré Maia; Garcia, Rafael Jose Romero; Garcia, Fernanda Oliveira Barreto; Melo, Diego de Vasconcelos; Silva, Yuri Jose Almeida da; Pontes, Carla Daniele Nascimento; Maneschy, Rodrigo Bona; Holanda, Lucianna Serfaty de. Abscesso hepático por espinha de peixe: relato de caso. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, [s.l.], n. 19, p. e265, 10 jan. 2019. *Revista Eletronica Acervo Saude*. <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e265.2019>.

Capítulo 7

Alimentos ou medicamentos? Os desafios da regulamentação dos suplementos no Brasil

Iangla Araujo de Melo Damasceno

Maykon Jhuly Martins de Paiva

Amanda Nascimento Lima

Avelina Alves Sales

Renata Ferreira Diogo

Resumo: A praticidade que a vida urbana exige leva as pessoas a buscarem alternativas alimentares mais rápidas e, muitas vezes, menos saudáveis. Uma alternativa a dieta pobre de algumas populações é a suplementação com vitaminas e minerais. Em alguns grupos populacionais como idosos, crianças e gestantes a suplementação nutricional e vitamínica é necessária e deve ser estimulada, inclusive contemplada em programas do governo. No entanto, a prática da suplementação de forma inapropriada pode produzir danos graves à saúde dos consumidores. Neste cenário, deve-se estar atento ao apelo da mídia em torno da suplementação desnecessária, apenas pelo possível efeito protetor ou benéfico que determinado produto pode oferecer, mas que na maioria das vezes carece de comprovação científica. Diante desses dados, o objetivo deste estudo foi analisar os aspectos regulatórios dos suplementos alimentares, sua classificação de acordo com a legislação brasileira e com as principais agências reguladoras internacionais, com foco no alimento com alegação de propriedade funcional no Brasil. A legislação brasileira classifica alguns suplementos como alimentos, mas alguns destes também podem ser classificados como medicamentos, o que leva a um risco sanitário no seu consumo. Uma classe importante neste contexto é a dos alimentos com alegação de propriedade funcional ou de saúde. Como por exemplo, o ômega 3, que pode ser obtido a partir do pescado, adicionado em alimentos e também consumido por meio dos suplementos, e tem sido relacionado a diversos efeitos cardioprotetores, bem como melhora das respostas imunológicas e funções cognitivas. No entanto, diversos efeitos não possuem evidências clínicas consolidadas, enquanto existem relatos de efeitos adversos com o consumo excessivo, entre os quais problemas de coagulação, diminuição das citocinas, função imune prejudicada, aumento da peroxidação lipídica, metabolismo de lipídeos e da glicose prejudicados, ganho de peso, entre outros. É papel do farmacêutico, especialmente aquele responsável pela Gestão da Assistência Farmacêutica, garantir o acesso seguro aos insumos farmacêuticos e orientar os pacientes sobre o uso racional. E no setor regulador, o farmacêutico deve contribuir para a formação de resoluções que possam garantir um acesso seguro tanto a medicamentos quanto a alimentos.

Palavras-chave: Suplementos alimentares. Alimentos com alegação. Ômega 3.

1. INTRODUÇÃO

A praticidade que a vida urbana exige leva as pessoas a buscarem alternativas alimentares mais rápidas e, muitas vezes, menos saudáveis. Em função disso, os hábitos alimentares das populações vêm se alterando, sendo comum observar uma inversão dos problemas nutricionais, onde uma determinada população passa da desnutrição para a obesidade em poucos anos.

Uma alternativa a dieta pobre de algumas populações é a suplementação com vitaminas e minerais, estratégia necessária também em alguns grupos populacionais como idosos e gestantes².

Em alguns casos, a necessidade de suplementação não existe de fato, mas influenciados pela mídia, boa parte da população faz uso de suplementos, e o fazem sem nenhuma supervisão profissional. Fato esse que tem influenciado o consumo irracional.

A legislação brasileira classifica algumas classes de suplementos em medicamentos ou alimentos, portanto é preciso conhecer a legislação para saber o que se está consumindo. A falta de informação prejudica o controle sanitário e a fiscalização dos produtos.

Uma classe importante neste contexto é a dos alimentos com alegação de propriedade funcional ou de saúde. Um importante representante desta classe é o ácido graxo poliinsaturado Ômega 3, classificado como nutriente, atende os requisitos de alimento com alegação de propriedade funcional, mas de acordo com a legislação também pode ser comercializado como medicamento³.

Assim, o objetivo do presente trabalho é analisar os aspectos regulatórios dos suplementos alimentares, sua classificação de acordo com a legislação brasileira e com as principais agências reguladoras internacionais, com foco no alimento com alegação de propriedade funcional no Brasil.

2. MÉTODO

Foi realizada uma revisão da literatura que investigou a produção do conhecimento sobre a regulamentação dos suplementos alimentares com enfoque nos alimentos com Alegação de Propriedade Funcional. Foram pesquisadas as seguintes bases de dados: Scielo e MEDLINE (Pubmed). Os descritores utilizados na busca foram, em inglês: Functional Foods, Legislation, Classification, Dietary Dupplements. Também foram consultados nessas bases, os descritos em português: Alimento Funcional, Legislação, Suplementos Alimentares e Alegação de propriedade funcional. Alguns documentos foram obtidos pelo Google Acadêmico utilizando os mesmos descritores em português. Os critérios de inclusão adotados foram: artigos disponíveis integralmente, publicados em português, inglês ou espanhol, em periódicos nacionais e internacionais nos últimos 10 anos (2005 a 2015). Foram utilizados ainda documentos das agências reguladoras como Resoluções e Informes Técnicos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. ASPECTOS REGULATÓRIOS E LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

Segundo a legislação brasileira medicamento é o “Produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico”⁴, conceito bem diferente daquele atribuído aos alimentos, onde nos diz sobre “substância ou mistura de substâncias, no estado sólido, líquido, pastoso ou qualquer outra forma adequada, destinadas a fornecer ao organismo humano os elementos normais à sua formação, manutenção e desenvolvimento”⁵. Entretanto, para muitos suplementos alimentares a diferenciação entre as duas classes não é tão simples quanto parece.

O conceito de suplemento legalmente aceito no Brasil compreende os suplementos vitamínicos e minerais, os alimentos para atletas e ainda aqueles produtos com algum apelo voltado à saúde ou a finalidade de suplementar a dieta.

A classificação dos alimentos e medicamentos pode ser resumida de acordo com o quadro abaixo⁶:

Tabela 1: Modelo Regulatório Brasileiro para alimentos e medicamentos

Alimentos	Alimentos para atletas;
	Suplementos de vitaminas e minerais;
	Novos alimentos;
	Substâncias bioativas e probióticas;
	Alimentos com alegação;
	Outras categorias de alimentação.
Medicamentos	Substâncias sujeitas a controle especial;
	Medicamentos fitoterápicos;
	Medicamentos específicos;
	Medicamentos biológicos

Fonte: Gerência Geral de Alimentação/ANVISA

Os alimentos para atletas eram anteriormente regulamentados pela Portaria 29/1998, com as mudanças nos hábitos da população e a necessidade de novas regulamentações foi lançada em 2010 a Resolução nº18 que estabeleceu a classificação, designação, requisitos de composição e de rotulagem da categoria Alimentos para Atletas. Esta categoria é ainda subdividida em subcategorias, sendo elas: suplemento hidroeletrólítico para atletas; suplemento energético para atletas; suplemento proteico para atletas; suplemento para substituição parcial de refeições de atletas; suplemento de creatina para atletas; e suplemento de cafeína para atletas. Cada subclasse apresenta suas especificações e as mesmas devem ser atendidas com a finalidade de manter as características de cada produto⁷.

O item seguinte dos suplementos trata dos suplementos de vitaminas e minerais, esta categoria é regulamentada pelas portarias do Ministério da Saúde (MS) nº 32 e 40/988,9, pela RDC nº 24/2005 que trata do Regulamento Técnico sobre aditivos alimentares, coadjuvantes de tecnologia e veículos para suplementos¹⁰ e pela RDC nº 269/05 que trata da Ingestão Diária Recomendada (IDR) de vitaminas e minerais¹¹.

Os suplementos, produtos a base e vitaminas e minerais podem ser classificados tanto como medicamentos quanto como alimentos. De acordo com a Portaria nº 32/1998 da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) suplementos são classificados como alimentos quando utilizados para complementar a dieta, devem conter um mínimo de 25% e no máximo até 100% da IDR de vitaminas e/ou minerais, na porção diária indicada pelo fabricante, e não podem substituir os alimentos⁸. São classificados como medicamentos à base de vitaminas e minerais aqueles cujos esquemas posológicos diários situam-se acima dos 100% da IDR de acordo com a portaria nº 40/989.

São classificados como suplementos vitamínicos e minerais de acordo com a legislação: vitaminas isoladas ou associadas entre si, minerais isolados ou associados entre si e associações de vitaminas com minerais⁸. Ressalta-se que a associação com produtos de origem vegetal não é permitido no Brasil, diferentemente do que acontece em outros países⁵.

Ainda de acordo com a portaria 40/98 a denominação aceita deve ser: Suplemento Vitamínico, Suplemento de Vitamina, Suplemento Mineral, Suplemento de Vitamina(s) e Mineral (is), Suplemento Vitamínico-Mineral ou Suplemento à base de (...) seguido da especificação da(s) vitamina(s) ou mineral(is) presentes⁹.

A criação de um marco regulatório único para Suplementos Alimentares foi prevista pela Portaria da Anvisa nº 841/2013¹². Por meio desta, o governo instituiu o Grupo de Trabalho no âmbito da ANVISA com o objetivo de revisar a Portaria SVS/MS nº32/1998, que aprova o Regulamento técnico para suplementos vitamínicos e ou de minerais, com a finalidade de ampliar sua abrangência para os suplementos alimentares. O grupo de trabalho teria a duração de 1 (um) ano, a contar da data da publicação da portaria nº841. Passado mais de dois anos, o tema ainda permanece em debate e o grupo de trabalho não apresentou resultado para apreciação.

A categoria de Novos Alimentos abrange aqueles que não apresentam histórico de consumo no país, regulamentados pela RDC nº 16/99. De acordo com a resolução, fazem parte desta categoria: produtos com substâncias em níveis muito superiores aos atualmente observados nos alimentos utilizados na dieta regular e produtos em formas farmacêuticas que não estão cobertos por outros regulamentos técnicos¹³. A legislação trás no seu texto a frase “substâncias em níveis muito superiores”, mas não deixa claro qual seria esse limite. A lista de novos alimentos aprovados trás dentre outros: abacaxi, acerola, brócolis, cenoura, Spirulina comercializados na forma de cápsulas, comprimidos e tabletes¹³.

As substâncias bioativas e probióticas são regulamentadas pela RDC nº 02/2002, incluem-se nessa categoria: carotenóides, fitoesteróis, flavonoides, fosfolipídios, organosulfurados e polifenóis. Os probióticos são microrganismos vivos capazes de melhorar o equilíbrio microbiano intestinal produzindo efeitos benéficos à saúde do indivíduo, os mais conhecidos pertencem aos gêneros *Lactobacillus*, *Bifidobacterium* e *Enterococcus*¹⁴.

A RDC nº 02/2002 trata do regulamento técnico de substâncias bioativas e probióticos isolados com alegação de propriedades funcional ou de saúde, neste caso a alegação depende do uso que a indústria pretende dar ao probiótico ou substância bioativa¹⁴.

Produtos com alegação de propriedade funcional ou de saúde são regulamentados pela RDC nº18/1999. A alegação de propriedade funcional refere-se ao papel metabólico ou fisiológico que o nutriente ou não nutriente tem no crescimento, desenvolvimento, manutenção e outras funções normais do organismo humano. Enquanto a alegação de propriedade de saúde afirma, sugere ou implica a existência de relação entre o alimento ou ingrediente com uma doença ou condição relacionada à saúde³.

Alguns alimentos como: licopeno, ômega 3, luteína, inulina, lactulose, FOS (frutooligossacarídeos), goma guar, são exemplos de alimentos com alegação de propriedade funcional aprovada pela ANVISA. Por outro lado, a alegação de saúde ainda não tem produtos aprovados no país.

A subclasse “outras categorias de alimentos” é regulamentada pela Portaria SVS/MS 29/98 e compreendem os alimentos para dietas com restrição de nutrientes, como dietas com restrição de carboidratos; alimentos para ingestão controlada de nutriente, por exemplo, os alimentos para nutrição enteral; e os alimentos para grupos populacionais específicos, como as fórmulas infantis¹⁵.

A RDC nº27/2010 foi publicada com a finalidade de desburocratizar o sistema de registro de alimentos e reduzir o número de pedidos à ANVISA. Neste sentido, a resolução dispensou 15 categorias de alimentos da obrigatoriedade de registro, entre elas, alimentos para controle de peso e alimentos para atletas. Em função da falta de obrigatoriedade, a empresa que produz alimentos que se encaixem na resolução é obrigada apenas a comunicar o início da fabricação de determinado alimento junto ao órgão de fiscalização, e para os produtos importados, comunicar o início da importação¹⁶.

Novos produtos à base de vitaminas e minerais são frequentemente lançados no mercado, sendo visível o aumento da oferta de suplementos vitamínicos e/ou minerais no comércio. Esse crescimento certamente foi impulsionado pela isenção da obrigatoriedade de registro no Ministério da Saúde¹⁶.

Assim as únicas categorias de alimentos que necessitam de registro no país são: alimentos com alegações de propriedade funcional ou de saúde; alimentos para nutrição enteral; alimentos infantis; novos alimentos e novos ingredientes e substâncias bioativas e probióticos isoladas com alegação de propriedades funcional ou de saúde.

3.2. ALIMENTOS COM ALEGAÇÃO DE PROPRIEDADE FUNCIONAL: REGULAMENTAÇÃO, EFICÁCIA E SEGURANÇA

O termo alimento funcional foi proposto nos anos 80 no Japão, conhecidos desde então pela sigla FOSHU (Foods for Specified Health), isto é, alimentos para uso específico de saúde¹⁷.

No Brasil o termo alimento funcional não é regulamentado, somente a alegação de alimentos com propriedade funcional é registrada no país. A União Europeia e os Estados Unidos da América (EUA) também não o classificam em uma classe específica, mas adotam, assim como o Brasil, alegações de propriedade funcional para alimentos específicos². Há, no entanto, uma infinidade de ações de marketing no sentido de incentivar o consumo de alimentos que se dizem funcionais, e que não apresentam relatórios de segurança para o consumo racional desses produtos. Entre esses alimentos destacamos o caso dos ácidos graxos poliinsaturados, ênfase no Ômega 3. O quadro abaixo mostra os diferentes aspectos sobre os quais o Ômega 3 é classificado.

Tabela 2: Regulamentação possíveis do Ômega 3

RDC e portarias	Contexto
RDC 18/1999 ³	Alimentos com alegação de propriedade funcional (produto deve apresentar no mínimo 0,1 g de EPA e/ou DHA na porção, em 100 g ou 100 ml do produto pronto para o consumo)
Portaria 40/1998 ⁹	Polivitamínicos e minerais (medicamento)
RDC 16/99 ¹³	Novos alimentos
RDC 24/2011 ²²	Registro de medicamentos específicos
RDC 18/2010 ⁷	Alimentos para atletas.

A tabela acima demonstra as resoluções e portarias as quais o Ômega 3 pode ser enquadrado, tanto como medicamento, quanto como alimento, adicionado aos alimentos para atletas ou fazendo parte da composição de outros produtos.

Como o mesmo produto pode ser classificado de diferentes formas, tanto como alimento quanto como medicamento, e esta informação é desconhecida dos consumidores, a garantia de segurança no seu consumo deveria ser uma preocupação fundamental para as agências reguladoras e profissionais de saúde, visto que o consumidor não reconhece essas informações.

Surpreendentemente, há falta de evidências consolidadas na literatura sobre os ácidos graxos, principalmente de cadeia longa poliinsaturados, como o ômega 3. Existem relatos dos benefícios da suplementação de ômega 3, principalmente de EPA e DHA, em idosos, relacionados a melhora dos sintomas da depressão, do aumento da imunidade mediada por células, da redução do estresse oxidativo, dos sintomas de osteoartrite, dos processos inflamatórios, dos processos aterogênicos e do declínio cognitivo, além da estabilização do humor, entre outros. Entretanto, como ressaltado anteriormente, existe necessidade de comprovação para a maioria desses benefícios¹⁸.

A dificuldade se dá em torno do controle sanitário desses produtos, pois o seu consumo pode ser realizado por meio da alimentação (pescado), por meio da suplementação aliada à alimentação (alimento enriquecido) ou como suplemento isolado. Alguns consumidores também podem fazer a ingestão de Ômega 3 por meio das três vias: associação de pescado, alimento enriquecido e suplemento. Para tanto, agências reguladoras internacionais fazem alerta de consumo e algumas estipulam um valor máximo de ingestão diária. A Anvisa divulgou em 2014, por meio do informe técnico nº 63, alguns aspectos relacionados a segurança na ingestão de suplementos contendo Ômega 3 com base em informações de agências reguladoras internacionais¹⁹.

De acordo com o informe, o FDA (Food and Drug Administration) estabeleceu no ano 2000, os limites de segurança em 3 g/dia de EPA e DHA para todas as fontes alimentares (pescado e alimentos enriquecidos) e 2 g/dia de EPA e DHA para suplementos, motivados pelos possíveis efeitos adversos sobre o tempo de sangramento, controle glicêmico e níveis de colesterol de baixa densidade (LDL)¹⁹.

De acordo com o informe, a Food and Agriculture Organization of the United Nations divulgou em 2010 que a suplementação de altas quantidades de EPA e DHA pode aumentar a peroxidação lipídica e reduzir a produção de citocinas. A agência recomendou os limites de segurança em 2 g/dia de EPA e DHA. Entretanto, o grupo reconheceu que alguns indivíduos com alto consumo de pescados ingerem quantidades muito superiores sem evidências de dano¹⁹.

European Food Safety Authority, em 2012, informou a sociedade que os efeitos adversos descritos em humanos associados à ingestão elevada de EPA e DHA incluem: episódios de sangramento, função imune prejudicada, aumento da peroxidação lipídica, metabolismo de lipídeos e da glicose prejudicados. A agência estabeleceu que a suplementação de EPA e DHA em doses de até 5 g/dia não apresenta preocupações de segurança em adultos e, portanto, não fixou um valor máximo para a ingestão de EPA e DHA¹⁹.

Para o ômega 3, não há no Brasil estudos que comprovem a segurança desse produto em altas doses ou que demonstrem a segurança do produto baseados no histórico de consumo da população brasileira.

O documento da Sociedade Brasileira de Cardiologia - I Diretriz sobre o consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular - faz um alerta sobre os possíveis efeitos adversos da suplementação de ácido graxo Ômega 3. Os efeitos relatados estão relacionados com o trato gastrointestinal (sem especificar os sintomas) que podem ocorrer em ~4% em dosagens < 3 g/dia e em até ~20% em dosagens de 4 g/dia, mas não recomenda um limite máximo aceitável²⁰.

O informe técnico nº 63/2014 da Anvisa esclarece sobre a adição de ingredientes fontes de EPA e DHA em alimentos e bebidas¹⁹. A publicação do informe foi motivada pelo aumento no interesse da utilização desses ingredientes em novas categorias de alimentos. Tal fato parece ter relação, principalmente, com a atualização das regras para uso de alegações nutricionais promovida pela RDC nº 54/2012, que permitiu o uso de alegações de fonte de alto teor de ácidos graxos ômega 3 nos alimentos²¹. Outro fator contribuinte é a possibilidade de alimentos veicularem alegações de propriedade funcional ou de saúde para esses nutrientes, quando atendidas às exigências de comprovação da eficácia e segurança de uso, conforme Resolução nº 18/1999³.

O informe conclui que existem limitações para a aprovação de produtos com quantidades maiores de EPA e DHA e que novos pedidos podem ser aprovados desde que os interessados demonstrem sua segurança e comprovada a finalidade do uso de quantidades maiores de EPA e DHA¹⁹.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A legislação que trata dos suplementos não oferece uma clara distinção entre aqueles que são classificados como alimentos ou medicamentos, a população não reconhece os diferentes aspectos de cada classe e esta situação se agrava em meio a quantidade de termos similares que os fabricantes usam para vender seus produtos. Sendo assim, a legislação não oferece segurança suficiente para a população na escolha do produto adequado e que atenda a sua necessidade.

Em geral a legislação em relação aos alimentos é mais branda quando comparada a regulamentação e fiscalização dos medicamentos, uma vez que estes avocam mais atenção das autoridades sanitárias, pois teoricamente provocam mais reações adversas que potencialmente podem levar a um desfecho fatal. Contudo, os suplementos também apesentam risco relacionados ao seu uso indiscriminado e podem causar danos graves ao organismo.

Os ácidos graxos poliinsaturados, como o Ômega 3, podem ser classificados como alimento ou como medicamento. Como alimento com alegação de propriedade funcional a dose diária recomendada é de 0,1g de EPA e/ou DHA na porção, em 100 g ou 100 ml. E não há uma regulamentação sobre a dose diária máxima baseada no perfil de consumo da população brasileira.

Inúmeros são os relatos dos benefícios relacionados ao uso de Ômega 3. No entanto, a necessidade de suplementação deve ser avaliada com cautela, visto que o seu uso em excesso pode produzir danos à saúde dos consumidores e os dados dos seus benefícios são ainda inconclusivos na literatura, necessitando de mais evidências sobre a eficácia e segurança deste produto em diferentes populações, sobretudo idosos, que são alvos do marketing e interesse comercial das indústrias de alimentos e medicamentos.

O farmacêutico desempenha um papel importante no controle, acesso e orientação dos consumidores aos suplementos alimentares a fim de garantir seu uso racional. E no setor regulador, o farmacêutico deve contribuir para a formação de resoluções que garantam o acesso seguro tanto a medicamentos quanto a alimentos.

REFERÊNCIAS

- [1] Diez Garcia, RW. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Revista de Nutrição*. 2003;16(4):483-92.
- [2] Abe-Matsumoto LT, Sampaio GR, Bastos DHM. Suplementos vitamínicos e/ou minerais: regulamentação, consumo e implicações à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015;31(7):1371-80
- [3] Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 18, de 30 de abril de 1999. Aprova o regulamento técnico que estabelece as diretrizes básicas para análise e comprovação de propriedades funcionais e ou de saúde alegadas em rotulagem de alimentos. *Diário Oficial da União* 1999.
- [4] Brasil. Secretaria de Vigilância Sanitária. Aprova o Regulamento Técnico sobre Substâncias e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Lex. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/index98.htm>>. Acesso em 04 set 2015.
- [5] Eussen SRBM, Verhagen H, Klungel OH, Garssen J, Loveren H, Kranen HJ, Rempelberg CJM. Functional foods and dietary supplements: Products at the interface between pharma and nutrition. *European Journal of Pharmacology*. 2011;668(3)supl 1:S2-S9

- [6] Anvisa. X Reunião de Vigilância Sanitária de Alimentos. Regulamentação de Suplementos Alimentares. Rio de Janeiro 2014
- [7] Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 18, de 27 de abril de 2010. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária aprova o regulamento técnico sobre alimentos para atleta. Diário Oficial da União 2010; 28 abr.
- [8] Ministério da Saúde. Portaria nº 32, de 13 de janeiro de 1998. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária aprova o regulamento técnico para fixação de identidade e qualidade de suplementos vitamínicos e ou de minerais. Diário Oficial da União 1998; 15 jan. Disponível em:< http://crn3.org.br/legislacao/doc/Portaria_32_1998.pdf.
- [9] Ministério da Saúde. Portaria nº 40, de 13 de janeiro de 1998. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária aprova o regulamento que estabelece normas para níveis de dosagens diárias de vitaminas e minerais em medicamentos. Diário Oficial da União 1998; 15 jan. Disponível em:< http://crn3.org.br/legislacao/doc/40_1998.pdf>. Acessos em 02 set 2015
- [10] Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 24, de 15 de fevereiro de 2005. Aprova o Regulamento técnico que aprova o uso dos aditivos alimentares, coadjuvantes de tecnologia, estabelecendo suas funções e limites, e veículos para suplementos vitamínicos e ou minerais. Diário Oficial da União 2005, 16 de fevereiro de 2005.
- [11] Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 269, de 22 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento sobre a ingestão diária recomendada (IDR) de proteína, vitaminas e minerais. Diário Oficial da União 2005, 26 de set de 2005
- [12] Ministério da Saúde. Portaria nº 841, de 13 de maio de 2003. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária institui o grupo de trabalho no âmbito da Anvisa com o objetivo de revisar a portaria SVS/MS 32, de 13 de janeiro de 1998, que aprova o regulamento técnico para suplementos vitamínicos e ou minerais, a fim de ampliar seu escopo para suplementos alimentares. Diário Oficial da União 2013; 13 maio. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/prt0841_14_05_2013.html> acessos em 09 set 2015.
- [13] Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 16, de 30 de abril de 1999. Aprova o regulamento técnico de procedimentos para registro de alimentos e/ou novos ingredientes. Diário Oficial da União 1999; 3 dez.
- [14] Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 02, de 07 de janeiro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico de Substâncias Bioativas e Probióticos Isolados com Alegação de Propriedades Funcional e ou de Saúde. Diário Oficial da União 2002; 09 jan. Disponível em:< http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1c77370047457bcc8888dc3fbc4c6735/RDC_02_2002.pdf?MOD=AJPERES> acessos em 04 set 2015.
- [15] Ministério da Saúde. Portaria nº 29, de 13 de janeiro de 1998. Aprova o Regulamento Técnico referente a Alimentos para Fins Especiais publicação:
- [16] D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 30 de março de 1998. Disponível em:< http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/2a1d950047458eca97dbd73fbc4c6735/Portaria_29_1998.pdf?MOD=AJPERES> Acessos em 26 set 2015.
- [17] Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 27, de 6 de agosto de 2010. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária dispõe sobre as categorias de alimentos e embalagens isentos e com obrigatoriedade de registro sanitário. Diário Oficial da União 2010; 9 ago.
- [18] Moraes FP, Colla LM. Alimentos funcionais e nutracêuticos: definições, legislação e benefícios à saúde. Revista Eletrônica de Farmácia. 2006;3(2):109-122
- [19] Ubeda N, Achon M, Varela-Moreiras G. Omega 3 fatty acids in the elderly. Br J Nutr. 2012;107 Suppl 2:S137-51.
- [20] Ministério da Saúde. Informe Técnico n. 63, de 3 de outubro de 2014. Assunto: Esclarecimentos sobre adição de ingredientes fontes de EPA e DHA em alimentos e bebidas. Disponível em:< <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Alimentos/Assuntos+de+Interesse/Informes+Tecnicos>. Acessos em 04 de set 2015
- [21] Santos R.D., Gagliardi A.C.M., Xavier H.T., Magnoni C.D., Cassani R., Lottenberg A.M. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz sobre o consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular. Arq Bras Cardiol. 2013;100(1Supl.3):1-40
- [22] Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 54, de 12 de Novembro de 2012. Dispõe sobre o Regulamento Técnico sobre Informação Nutricional Complementar. Disponível em:< http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/630a98804d7065b981f1e1c116238c3b/Resolucao+RDC+n.+54_2012.pdf?MOD=AJPERES> Acessos em 26 set 2015.
- [23] Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada. RDC Nº 24, DE 14 DE Junho de 2011 Dispõe sobre o registro de medicamentos específicos. Disponível em:<<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/2b2dff004515f81b82f3f796514d51c4/RDC+2411.pdf?MOD=AJPERES>> Acessos em 25 set 2015

Capítulo 8

Perfil do estado nutricional de idosos de uma Policlínica Gerontológica na cidade de Manaus – Amazonas

David Silva dos Reis

Vanusa do Nascimento

Fernanda Farias de Castro

Jardel de Souza Pinheiro

Euler Esteves Ribeiro

Denimara Miranda Neves

Resumo: **Introdução:** O envelhecimento populacional tornou-se real com crescimento esperado de 2100 milhões de idosos para 2050. As mudanças causadas pelo envelhecimento resultam na redução da capacidade funcional e alterações da composição corporal, principalmente com o acúmulo de gordura e a perda de massa muscular, que interfere significativamente no estado nutricional destes indivíduos. **Objetivo:** traçar o perfil do estado nutricional de idosos atendidos em uma Policlínica Gerontológica na cidade de Manaus – Amazonas no ano de 2019. **Métodos:** Estudo descritivo, quantitativo e documental realizado na Policlínica Gerontológica da Universidade Aberta da Terceira Idade. Foram analisados 156 prontuários de pacientes com a análise de sexo, idade, peso, altura e Índice de Massa Corpórea. **Resultados:** A amostra foi composta predominantemente pelas mulheres (75%) e 67,31% dos idosos estavam na faixa de idade de 60 a 69 anos. O perfil do estado nutricional foi obtido através do IMC sendo 5,13% com desnutrição, 23,08% eutróficos, 19,23% com sobrepeso e 52,56% com obesidade. Para as doenças associadas ao estado nutricional a obesidade foi a mais prevalente (28,84%). **Considerações finais:** O estudo mostrou a importância de trabalhar o envelhecimento na idade adulta, minimizando os problemas relacionados com as alterações fisiológicas e estado nutricional, minimizando custos para os serviços de saúde e proporcionando maior qualidade de vida.

Palavras-chave: Envelhecimento. Idoso. Estado nutricional. Obesidade.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população tornou-se real, um fenômeno complexo, multifatorial, com sucessivas mudanças nas taxas de mortalidade e fecundidade, crescimento esperado de 2100 milhões de idosos para o ano de 2050 (TREVIZANI et al., 2019). No entanto, esta fase tem sido caracterizada pelo aumento do risco de doenças e disfunções físicas e mentais, apresentando maiores chances de múltiplas morbidades em saúde, gerando desafios para as equipes de saúde e para a pessoa idosa. Dentre estes, existem as políticas e os programas dirigidos à população idosa, com desafio de contemplar os direitos e suas necessidades, para a manutenção e a melhoria da sua capacidade funcional, garantindo assim, atenção integral à sua saúde (ROSA et al., 2019; SILVEIRA et al., 2016; BRASIL, 2014)

Apesar das mudanças e avanços na ciência, na tecnologia e no comportamento demográfico observado desde a década de 70, as projeções indicam um crescimento da população idosa no Brasil de mais de 26 milhões para 2020, o que representa 12,4% da população total brasileira (NASCIMENTO et al., 2017). Ainda assim, com o envelhecimento, a crescente demanda com as doenças crônicas e degenerativas ganham maior peso para as ações de prevenção e acompanhamento constante, visto que estas são as principais causas de internação e morbidades em idosos observadas no Brasil (OLIVEIRA, 2019).

Por isto é importante trabalhar o processo do envelhecimento na idade adulta, minimizando seus danos e gerando menos problemas para a sociedade. Assim, é necessário a adoção de medidas de saúde com o controle de doenças crônicas degenerativas, gerando qualidade de vida para estas pessoas, reduzindo os custos nos serviços de saúde com o tratamento de doenças que são preventivas (NASCIMENTO et al., 2017).

Algumas doenças preveníveis, dependem do comportamento individual e da corresponsabilidade do idoso para com sua saúde, uma delas é a decisão do estilo de vida escolhido, como por exemplo, o modo de se alimentar, as escolhas do alimento e a mudança de comportamento no dia a dia, correlacionada com hábitos culturais (FAZZIO, 2012).

Neste sentido, a prevenção e o empoderamento para os fatores associados ao envelhecimento também podem evitar com que as alterações fisiológicas gerem descontroles de ordem nutricional, visto que estas alterações podem ser um fator preditivo do estado de saúde relacionado ao estado nutricional (MENESES, 2014).

As mudanças causadas pelo envelhecimento resultam não somente em mudanças fenotípicas, mas em redução da capacidade funcional e alterações da composição corporal, principalmente com o acúmulo de gordura e a perda de massa muscular, que interfere significativamente no estado nutricional destes indivíduos (DE OLIVEIRA et al., 2019).

Observa-se que a desnutrição e a obesidade são dois dos principais problemas da atualidade. De acordo com Ribeiro (2008), as pessoas na idade tardia estão sujeitas à subnutrição em virtude de muitas situações. Porém, nota-se que o sobrepeso e a obesidade tem avançado significativamente, apesar de que a desnutrição está primariamente associada à mortalidade, o sobrepeso e a obesidade tem causado impacto clínico, visto que pode acelerar o declínio funcional e causar perda de independência e autonomia (DOS SANTOS et al., 2010).

A identificação dessas mudanças tem sido realizada através do Índice de Massa Corpórea (IMC) que apresenta como ferramenta primordial como indicador nutricional mais utilizado em estudos clínicos e populacionais obtidos a partir do peso e estatura (PEREIRA, SPYRIDES e ANDRADE, 2016; MENESES, 2014).

Diante desse contexto, o IMC como principal ferramenta para traçar o perfil nutricional dos idosos, apresenta um importante fator de triagem de risco de doenças associadas ao estado nutricional e a classificação em graus de nutrição, fazendo uma correlação com indicadores de morbimortalidade (DE OLIVEIRA et al., 2019). Portanto, o objetivo deste estudo foi traçar o perfil do estado nutricional de idosos atendidos em uma Policlínica Gerontológica na cidade de Manaus – Amazonas no ano de 2019.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e documental realizado na Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado Amazonas – UnATI/UEA, localizada no município de Manaus, no Estado do Amazonas.

A pesquisa descritiva visa efetuar a descrição de processos, mecanismos e relacionamentos existentes na realidade do fenômeno estudado, utilizando, para tanto, um conjunto de categorias ou tipos variados de classificações (NEUMAN, 1997). Para Prodanov e Freitas (2013, p.55) “a pesquisa documental baseia-se em materiais que não receberam ainda um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa”.

A Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado Amazonas – UnATI/UEA é voltada para questões inerentes ao envelhecimento e na formação de recursos humanos especialistas na área de Gerontologia e Saúde do idoso e atua como um Centro de referência de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde.

Assim, na área da assistência está a Policlínica Gerontológica, que oferta serviços de saúde para pessoas com sessenta anos e mais, onde tem como objetivo, ofertar serviços de atenção à saúde para pessoa idosa através de equipe multiprofissional e multidisciplinar visando à promoção da saúde, prevenção de doenças, estímulo ao autocuidado, manutenção e/ou recuperação da capacidade funcional, na busca de um envelhecimento com qualidade. Estes idosos são cuidados por equipe multidisciplinar composta por médicos, oftalmologista, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, odontólogos, profissional de educação física, técnico de higiene bucal, técnico de enfermagem, recepcionista e equipe dos sistemas de informação do SUS e SISREG.

A pesquisa foi realizada em 206 prontuários de idosos atendidos na Policlínica no período de março a dezembro de 2019. Foram incluídos os usuários com 60 anos e mais, de ambos os sexos, foram excluídos idosos que se declararam indígenas e os que não tinham informações completas no prontuário. A amostra foi composta por 156 prontuários.

Para traçar o perfil do estado nutricional destes idosos atendidos, foram extraídos dos prontuários os seguintes dados: identificação: sexo, idade, peso (quilograma) e altura (metro) e estratificação do IMC (kg/m²). Foi traçado o percentual de diagnósticos auto relatados associado ao estado nutricional durante a consulta com o profissional nutricionista.

Para a estratificação do estado nutricional foram considerados o Índice de Massa Corpórea com os pontos de corte de acordo com o Projeto SABE (Saúde, bem-estar e envelhecimento) apresentados pela Organização Pan-Americana para a Saúde (OPAS) em que tipifica: Desnutrição/Magreza (IMC < 23 kg/m²), eutrofia (IMC ≥ 23 e < 28 kg/m²), sobrepeso (IMC ≥ 28 e < 30 kg/m²) e obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²) (MUSSOI, 2015).

Este estudo faz parte de um projeto macro, aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade do estado do Amazonas, sob o protocolo nº 193/12 CEP/UEA.

3 RESULTADOS

Através da avaliação de prontuários, utilizando os critérios de inclusão acima especificados, obteve-se um total de 206 pacientes. Destes, 50 possuíam dados incompletos ou inadequadamente preenchidos, impossibilitando a obtenção de seu perfil do estado nutricional, resultando em perda amostral de 24,27%.

A amostra foi composta por 156 pacientes distribuídos em 25% (39) homens e 75% (117) mulheres, com significativo predomínio do sexo feminino. Dessa forma, obteve-se um percentual de 75% dos pacientes do sexo feminino e 25% do sexo masculino e, as faixas de idade estão predominantemente com 67,31% entre 60 a 69 anos, conforme pode ser visualizado na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição segundo a frequência de sexo e faixa etária de idosos atendidos por uma Policlínica Gerontológica em Manaus – AM no ano de 2019.

Variáveis (n=156)	Fi	%
Sexo		
Masculino	39	25
Feminino	117	75
Idade		
60 – 69	105	67,31
70 – 79	43	27,56
80 >	8	5,13

fi = frequência absoluta simples.

Os dados do estado nutricional destes indivíduos tomando como parâmetro o Índice de Massa Corpórea (IMC) estão apresentados na tabela 2.

Tabela 2: Distribuição do estado nutricional conforme o IMC em idosos atendidos por uma Policlínica Gerontológica na cidade de Manaus – AM, no ano de 2019.

Estado nutricional	Fi	%	DP
Desnutrição	8	5,13	± 1,26
Eutrofia	36	23,08	± 1,39
Sobrepeso	30	19,23	± 0,54
Obesidade	82	52,56	± 4,66

fi = frequência absoluta simples.

O estado nutricional disfuncional (desnutrição e excesso de peso) apresentou 76,92% da amostra, sendo que, somente o excesso de peso equivale a 71,79% desse quantitativo, merecendo total destaque para o planejamento de ações que visem a minimização de problemas relacionados a doenças associadas a este quadro. A obesidade corresponde por 52,56% dos usuários atendidos e sua maior prevalência se deu no sexo feminino. A desnutrição corresponde a pouco mais de 5% e os pacientes eutróficos a quase 1/3 do total.

Para este estudo, o estado nutricional foi correlacionado com a doença-alvo para o tratamento nutricional auto declarada pelo paciente, tendo como base o Código Internacional de Doenças (CID) como critério identificador e norteador. O quadro 1 apresenta a frequência destas doenças, no período de março a dezembro de 2019.

Quadro 1: O percentual das doenças auto relatadas durante a consulta com o profissional nutricionista, identificados nos prontuários do período de março a dezembro de 2019.

DOENÇAS	Mç	Ab	Ma	Ju	Jl	Ag	St	Ot	Nv	Dz	Total	%
Obesidade	3	1	5	4	2	9	9	4	4	4	45	28,84
Diabetes insulino dependente	0	1	0	2	2	1	1	1	0	0	08	5,13
Diabetes não insulino dependente	2	4	0	1	2	3	0	3	2	5	22	14,1
Diabetes não especificada	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	1,28
Dislipidemia	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	5	3,21
Hipertensão	1	0	7	2	6	0	1	7	5	2	31	19,87
Cardiopatas	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,64
Insuficiência renal crônica	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1,28
Dificuldades na alimentação e erros na administração de alimentos	5	0	1	3	3	3	5	4	1	0	25	16,03
Doença do refluxo gastroesofágico	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,64
Gastrite	0	2	0	0	1	2	0	1	0	0	6	3,85
Doença diverticular do intestino	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,64
Transtornos funcionais do intestino	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	1,28
Desnutrição proteico calórica	0	0	0	0	2	1	0	0	1	1	5	3,21
Total	11	9	15	13	21	21	16	24	13	13	156	100

Observa-se que a obesidade, como doença, representa o maior quantitativo entre as doenças associadas com o estado nutricional dos pacientes atendidos, seguidos por Hipertensão e Diabetes mellitus. Os menos frequentes foram Doença do refluxo gastroesofágico, doença diverticular e cardiopatias (0,64%).

4 DISCUSSÃO

Os idosos que compuseram a amostra são usuários da Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA, que foram encaminhados pela equipe multiprofissional ou realizaram o agendamento por livre demanda para o profissional nutricionista. Observou-se que os usuários participavam das mais variadas atividades ofertadas pela Universidade Aberta da Terceira Idade – UnATI. As UnATI são universidades que ofertam programas de educação permanente não formais com o objetivo de proporcionar diversas oportunidades de aprendizagem e relacionamentos (DERHUN et al., 2018). Além disto, de acordo com Bernardi, Maciel e Baratto (2017), as UnATI proporcionam envelhecimento ativo através da promoção da saúde e qualidade de vida.

O grupo amostral caracterizou-se pela frequência expressiva de usuários do sexo feminino. Estudos realizados nas UnATI existentes no Brasil demonstram que as mulheres são as que mais participam das pesquisas nestas instituições. Em estudos realizados por Alves et al. (2020), foram incluídas 84 mulheres dentre os entrevistados participantes da Universidade Aberta da Terceira Idade em Campinas – SP. Valdevite et al. (2018), ao selecionar participantes do Projeto Vida Ativa da UnATI em Minas Gerais, sua amostra foi composta de 83,33% de mulheres.

Essas desigualdades de gênero correlacionadas às condições de saúde nos idosos foram evidenciadas em estudos identificados por Parahyba (2006). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998. In: PARAHYBA, 2006), as mulheres idosas suportam uma maior carga de condições crônicas e doenças. Neste sentido, as mulheres apresentam uma maior expectativa de vida por cuidarem mais da saúde e ainda serem mais participativas em programas direcionados aos idosos (MIRANDA; PAIVA, 2019; BERNARDI; MACIEL; BARATTO, 2017).

Com relação à idade, os participantes deste estudo estavam na faixa de 60 a 69 anos, apresentando 67,31% dos idosos nesta faixa etária. Maia et al. (2018) e Bernardi, Maciel e Baratto (2017) apresentaram resultados similares. O fator idade tem sido relacionado com a capacidade funcional, alterações da composição corporal e, ainda, com a associação de doenças crônicas (DE OLIVEIRA et al., 2019). De acordo com Criscuolo e colaboradores (2013), apesar de aumento da expectativa de vida, a idade tem carregado as doenças crônicas associadas em virtude de mau estilo de vida e alimentação inadequada, fazendo com que os idosos sejam os principais usuários dos serviços de saúde. A idade, portanto, gera mudanças fisiológicas que podem alterar a mastigação e, conseqüentemente, o estado nutricional por induzir uma mudança direta no consumo alimentar (BERNARDI; MACIEL; BARATTO, 2017; VIEIRA et al., 2016).

Nesse contexto, observa-se que os idosos estão mais vulneráveis às mudanças de estado nutricional, tornando-se importante avaliá-lo nos centros de saúde, a fim de minimizar as conseqüências negativas, pois os extremos, como a desnutrição, aumenta o risco de infecções e mortalidade e, o excesso de peso que aumenta o risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre as quais hipertensão, diabetes mellitus e dislipidemias (MIRANDA; PAIVA, 2019), que impacta diretamente no estado nutricional do idoso (BRITO; CAVALCANTE, 2018).

Um dos indicadores mais prevalentes para traçar o perfil do estado nutricional é o Índice de Massa Corpórea (IMC) por fornecer dados básicos das variações físicas de indivíduos, classificando-o em graus e correlacionando-o com indicadores de morbimortalidade (DE OLIVEIRA et al., 2019). No entanto, conforme Mussoi (2017), não há consenso sobre o IMC em idosos em virtude de serem um grupo de risco para desnutrição e por isto necessitarem de maior reserva corporal para preveni-la. Porém, nos serviços de saúde públicos, o IMC tem sido eficaz ao estratificar o estado nutricional dos idosos e assim ter-se um panorama da saúde nutricional destes.

No que se refere aos pontos de corte de IMC para idosos, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2002) considera quatro classificações: Baixo peso ($IMC \leq 23 \text{ kg/m}^2$); Peso adequado ou eutrofia ($IMC > 23$ e $< 28 \text{ kg/m}^2$); Sobrepeso ($IMC \geq 28$ e $< 30 \text{ kg/m}^2$); Obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), sendo a primeira instituição a inserir a obesidade como ponto de corte de IMC para esta faixa etária. No Brasil, o Ministério da Saúde utiliza os pontos de corte conforme Lipschitz (1994), sem considerar a obesidade para os indivíduos maiores que 60 anos (MUSSOI, 2017).

Os principais achados deste estudo identificaram conforme o IMC que o estado nutricional da amostra é de sobrepeso e obesidade, perfazendo um total de 19,23% e 52,56% respectivamente. Os dados evidenciam que o perfil nutricional da população estudada segue a prevalência de obesidade como repercussão negativa para o envelhecimento saudável (NASCIMENTO et al., 2017), merecendo destaque para as equipes de saúde planejarem ações que visem a redução do excesso de peso como fator de risco nutricional.

Neste sentido, a obesidade, por ser considerada uma epidemia mundial que atinge não somente idosos, está associada com fortes impactos negativos na saúde (ARAÚJO et al., 2018). O presente estudo identificou que a obesidade apresenta mais da metade da amostra, correspondendo a 52,56% e com maior prevalência entre as mulheres. Silveira e colaboradores (2016) identificou 49% de idosos de sua amostra com obesidade, sendo a maioria percentual de mulheres (51,1%). Da mesma forma, Parente (2016) avaliou 63,7% das mulheres e 49,3% dos homens com IMC acima de 30 kg/m² utilizando os pontos de corte da OPAS (2002).

O excesso de peso (sobrepeso e obesidade) representou neste trabalho 70,56% da amostra, sendo mais uma vez prevalente em mulheres. Ao avaliar idosos praticantes de musculação, De Oliveira et al. (2019) identificou 17,3% com sobrepeso e 58,8% da amostra com obesidade, dados bem próximos ao encontrado neste estudo onde o sobrepeso ficou em 19,29% e a obesidade em 52,56%. Miranda e Paiva (2020) identificaram excesso de peso em 49,5% e Guimarães, Simões e Pardi (2019) 47,6%, baseados em Lipschitz (1994). Coelho et al. (2017) ao avaliarem uma população de idosos atendidos em unidade de saúde da família e para a classificação do estado nutricional, utilizaram Lipschitz (1994) como referência, onde encontraram 55,1% da sua amostra com excesso de peso, valores muito abaixo aos encontrados por Vieira et al. (2016) ao avaliar idosos atendidos naquele ano onde 73,91% estavam com excesso de peso. Os dados de Vieira et al. (2016) assemelham-se a este estudo.

Ao analisar o estado nutricional adequado de idosos, os eutróficos resultaram em 23,08%. Resultado semelhantes foi encontrado por Neves et al. (2016) com percentual de 24,20%. Estes dados diferem aos de Vieira et al. (2016) com resultados abaixo (18,84%) e valores superiores significativos foi encontrado por Coelho et al. (2017) onde os eutróficos ficaram em 36,2% da amostra estudada. Um dado importante levantado por Araújo e colaboradores (2018) identificou que a maior perda por morte em seu estudo foram de eutróficos (11%), associados à fatores de saúde.

O avançar da idade, além de proporcionar mudanças no estado nutricional, pode ocasionar o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, tendo a Nutrição um papel importante nesta fase (BERNARDI; MACIEL; BARATTO, 2017). As doenças associadas ao estado nutricional foram identificadas neste estudo sendo a obesidade por excesso de calorias, hipertensão e diabetes mellitus as mais prevalentes. Os achados aqui corroboram com estudos de Silveira et al. (2016), Alves et al. (2020) e Bernardi, Maciel e Baratto (2017).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente estudo foi possível verificar que o envelhecimento pode gerar mudanças de estado nutricional e o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. Neste sentido, é importante trabalhar o envelhecimento na idade adulta, minimizando os problemas relacionados com as alterações fisiológicas e estado nutricional, minimizando custos para os serviços de saúde e proporcionando maior qualidade de vida.

Os resultados demonstraram que o excesso de peso, principalmente a obesidade, configura-se um desafio para as equipes de saúde do idoso, no tocante a ações que gerem sensibilização e mudança de comportamento, mostrando que a obesidade pode agregar o desenvolvimento de doenças e diminuir a capacidade funcional do idoso.

Espera-se que este estudo sirva de base para a elaboração de estratégias de educação em saúde voltado para a redução dos índices de obesidade, controle de doenças crônicas e melhora da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- [1] Alves, V. M. C.; Soares, V. N.; de Oliveira, D. V.; Fernandes, P. T. Sociodemographic and psychological variables, physical activity and quality of life in elderly at Unati Campinas, São Paulo. *Fisioter Mov*, v. 33, e 003310, p. 1 – 11, 2020.
- [2] Araújo, C. A. H. ET AL. Ambiente Construído, renda contextual e Obesidade em idosos: Evidências de um Estudo de base Populacional. *Cad. Saúde Pública*, v. 34, N. 5, 2018.
- [3] Bernardi, A. P.; Maciel, M. A.; Baratto, I. Educação nutricional e alimentação saudável para alunos da Universidade Aberta a Terceira Idade (Unati). *Rev. Bras. De Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, v. 11, n. 64, p. 224 – 231, 2017.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2014, 162 p.
- [5] Brito, A. M. S.; Cavalcante, J. L. P. Estado nutricional dietético e socioeconômico em idosos da cidade de Viçosa do Ceará, CE. *Revista Kairós-Gerontologia*, v. 21, n. 2, p. 267 – 278, 2018.
- [6] Coelho, Caren Novack Valle et al. Consumo alimentar de idosos atendidos em unidades de saúde da família na cidade de Pelotas-RS. *Revista da Associação Brasileira de Nutrição-RASBRAN*, v. 8, n. 2, p. 43-49, 2017.
- [7] Criscuolo, C.; Monteiro, M. I.; Telarolli-Junior, R. Contribuições da educação alimentar e nutricional junto a um grupo de idosos. *Alim. Nutri*, v. 23, n. 3, p. 399 – 405, 2012.
- [8] De Oliveira, Daniel Vicentini et al. O tipo de exercício físico interfere na frequência da prática de atividade física, comportamento sedentário, composição corporal e estado nutricional do idoso? *Rbne-Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, v. 13, n. 77, p. 3-16, 2019.
- [9] Derhun, F. M. et al. A participação em atividades universitárias para idosos: motivações de brasileiros e espanhóis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72. ed. suplementar 2, p. 112 -118, 2019.
- [10] Nascimento, V. et al. Obesidad y estado nutricional de individuos envejecientes en la Región amazónica. *O mundo da saúde*, v. 4, n. 3, p. 323 – 332, 2017.
- [11] Dos Santos, A.C.O.; Machado, M.M.O.; Leite, E.M. Envelhecimento e alterações do estado nutricional. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, v. 4, n. 3, p. 168-175, 2010.
- [12] Fazzio, D. M. G. Envelhecimento e qualidade de vida – Uma abordagem nutricional e alimentar. *Revisa*, v. 1, n. 1, p. 76 – 88, 2012.
- [13] Guimarães, Hayanny Pires Netto; Simões, Márcia Clara; Pardi, Guilherme Rocha. Perfil sociodemográfico, condições de saúde e hábitos alimentares de idosos acompanhados em ambulatório geriátrico. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 7, n. 2, p. 186-199, 2019.
- [14] Lebrão, M. L.; Duarte, Y. A. O. Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS/OMS, SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. 1. ed. São Paulo: Athalaia Bureau, 2003. In: Mussoi, T. D. *Avaliação Nutricional na Prática Clínica: da gestação ao envelhecimento*. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, 314 p.
- [15] Lipschitz, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary care*, v. 1, 55 - 67, 1994.
- [16] Maia, P. H. S. A ocorrência da violência em idosos e seus fatores associados. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 72. ed. suplementar 2, p. 71 - 77, 2019.
- [17] Meneses, C.C.C.F. Avaliação da fragilidade, aspectos psicossociais e nutricionais em uma população de idosos. 2014. Dissertação (Mestrado) - Programa de Mestrado em Alimentos e Nutrição. Piauí: Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI, 2014.
- [18] Miranda, Rozinéia de Nazaré Alberto; de Paiva, Marinara Borges. Antropometria e consumo alimentar: identificador do estado nutricional de idosos. *Nutrição Brasil*, v. 18, n. 3, p. 141 – 150, 2019.
- [19] Mussoi, T. D. *Avaliação Nutricional na Prática Clínica: da gestação ao envelhecimento*. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, 314 p.
- [20] Neuman, L. W. *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*. Boston: Allyn & Bacon, 1997.
- [21] Neves, J. L. Influência do índice de massa corporal no equilíbrio de idosas ativas participantes de projeto Unati de atividade física. *Colloq Vitae*, v. 8, n. 3, p. 34 – 38, 2016.
- [22] Oliveira, Anderson Silva. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Rev. Bras. de Geografia Médica e da Saúde*, v. 15, n. 31, p. 69 – 79, 2019.

- [23] OPAS - Organização Pan-Americana (2002). XXXVI Reunión del Comitê Asesor De Investigaciones en Salud – Encuesta Multicêntrica – Salud Beinestar y Envejecimeiento (SABE) en América Latina e el Caribe – Informe preliminar.
- [24] Parahyba, M. I. Desigualdades de gênero em saúde entre os idosos no Brasil. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, XV., Caxambu, 2006.
- [25] Parente, Alexandra Mariza de Egas Geraldês. Estado nutricional dos idosos no Centro de Saúde Santa Maria de Bragança. 2016. Dissertação (Mestrado em
- [26] Enfermagem Comunitária). Instituto Politécnico de Bragança, 2016
- [27] Pereira, I.F.S.; Spyrides, M.H.C.; Andrade, L.M.B. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. Cadernos de Saúde Pública, v. 32, n. 5, p. 1 - 11, 2016.
- [28] Prodanov, Cleber Cristiano; de Freitas, Ernani Cesar. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico-2ª Edição. Editora Feevale, 2013.
- [29] Ribeiro, E.E. Envelhescência. Rio de Janeiro: unati/uerj, 2008. 244 p.
- [30] Rosa, Tábada Samantha Marques. Indicadores de qualidade de vida de idosos da (calidad de vida de los enfermos de una) comunidade de uma alta área urbanizada da região da Amazônia Brasileira. Salud (i) ciência, v. 23, p. 378 – 383, 2019.
- [31] Silveira, E. A. Obesidade em Idosos e sua Associação com Consumo Alimentar, Diabetes Mellitus e Infarto Agudo do Miocárdio. Arq Bras Cardiol, v. 107, n. 6, p. 509 – 517, 2016.
- [32] Trevizani, F. A.; Doreto, D. T.; Lima, G. S.; Marques, S. Atividades de autocuidado, variáveis sociodemográficas, tratamento e sintomas depressivos entre idosos com Diabetes Mellitus. Revista Brasileira de Enfermagem. v. 72. ed. suplementar 2, p. 27 - 34, 2019.
- [33] Veldevite, P. D. et al. Benefícios da atividade física em idosos do projeto de extensão Vida Ativa/Unati. Fisioterapia Brasil. v. 19, n. 4, p. 472 -479, 2018.
- [34] Vieira, R. L. et al. Estado nutricional de alunos da unati-uea: disfunção do imc e sua correlação com doenças crônicas. Rev. Amaz. Geriat. Geront, v. 7, n. 2, p. 105 - 117, 2016.
- [35] World Health Organization. Women. Ageing and health. Achieving health across the life span. Who; Geneva: 1998.

Capítulo 9

Atividade física e socialização no grupo de idosos “Com Vida Ativa”

Sílvia Borges

Daniela de Jesus Pereira Segadilha

Joselaine Dantas

Resumo: O crescimento da população idosa está relacionado às melhores condições materiais de sobrevivência, aos avanços das práticas de saúde, envolvendo a socialização, capacidade funcional e qualidade de vida. As práticas corporais são conhecidas como importante estratégia de promoção de saúde e prevenção de doenças e disfunções. O objetivo do estudo foi caracterizar a população do grupo de idosos “Com Vida Ativa” e verificar os resultados das atividades realizadas. As atividades são desenvolvidas no Município de Manaus, na área pertencente ao distrito de saúde leste, por profissionais do Núcleo de Ampliado de Saúde da Família -NASF, nas dependências da UBS Enf^a Ivone Lima dos Santos, localizado no bairro Coroado III. Os critérios de inclusão são os de que antes de iniciar no grupo, os alunos são submetidos a uma avaliação médica com as equipes das ESFs, avaliação antropométrica e avaliação de AVD's e AIVD's. O grupo se reúne duas vezes por semana e as atividades têm duração de 60 minutos. As atividades são interativas e dinâmicas, visando trabalhar a prevenção e possibilitar o vínculo entre os participantes. São utilizadas atividades de reeducação do movimento, alongamentos, exercícios aeróbicos, dinâmicas e celebração dos festejos culturais. Ainda são priorizadas ações de prevenção e/ou controle de agravos à saúde em rodas de conversa com o apoio e participação das equipes ESFs e NASF. Os principais achados desse estudo mostraram que a população composta por vinte idosos assistidos pela equipe NASF foram avaliados pelo o questionário VES-13 para caracterizar e compreender o nível de vulnerabilidade em relação à saúde. Concluiu-se que a partir dos resultados obtidos foi possível observar melhor desempenho na capacidade funcional e condição de saúde dos idosos assistidos pelo grupo.

Palavras-chave: idosos, atividades físicas, socialização, promoção em saúde.

1. INTRODUÇÃO

Nos países em desenvolvimento, envelhecer é um evento natural que vem ocorrendo de forma rápida e progressiva. No Brasil, além do crescimento da população idosa, observa-se um importante aumento na expectativa de vida, o que contribui de forma significativa para o processo de transição demográfica em que o país se encontra 1,2 (Muller et al., 2019).

O envelhecimento da população traz vários desafios relacionados à saúde, tanto os aspectos emocionais, cognitivos e físicos. E as limitações funcionais começam em pessoas de 60 anos ou mais de idade para realizar, sozinhas, suas atividades de vida diária (AVD's). No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, 6,8% das pessoas de 60 anos ou mais de idade possuíam limitação funcional para realizar suas AVD's e, nessa mesma faixa etária, verificou-se que 84% dos indivíduos precisavam de ajuda para realizá-las.

A proporção de pessoas que possuíam limitação funcional para exercer suas atividades instrumentais de vida diária – AIVD's - foi estimada em 17,3% e a região norte apresentou uma proporção de 15,7% nesse indicador. (IBGE, 2013).

É nesse contexto que a denominada “avaliação funcional” torna-se essencial para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas. É um parâmetro importante, podendo ser associado a outros indicadores de saúde para determinar a efetividade e a eficiência das intervenções propostas (MS,2006).

A capacidade funcional surge, assim, como um novo paradigma de saúde, proposto pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). A independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa (MS,2006).

Entre as diversas estratégias organizadas pela atenção básica, a equipe multiprofissional, especificamente, os profissionais de educação física, terapia ocupacional e fisioterapia se dedicam a prevenir alterações e promover a manutenção da saúde. Dessa forma, tem-se evidenciado os efeitos positivos da atividade física na qualidade de vida dessas pessoas.

Sabe-se que atividade física, quando realizada de maneira regular, promove melhora do transporte de oxigênio, ganho de força muscular, redução da fadiga e depressão, entre outras variáveis. Todos esses fatores resultam em uma melhoria das capacidades cardiovascular e funcional.

De um modo geral, a atividade física regular vem sendo praticada com o objetivo de manter uma boa saúde, com a prevenção de doenças e de mortes prematuras, e na manutenção da qualidade de vida, tanto que recebeu, recentemente, reconhecimento como objetivo de saúde pública (Nelson et al., 2007) (Freitas et al., 2014). E os atendimentos em grupo propiciam socialização, integração, reeducação motora, trocas de experiências e de saberes (MS, 2014).

Dessa forma, o objetivo do presente trabalho foi caracterizar a população do grupo de idosos “Com Vida Ativa” e verificar os resultados das atividades realizadas.

2. METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo observacional, descritivo e de caráter quantitativo. Esses idosos são atendidos em unidade básica de saúde (UBS) do bairro coroadado, localizado na zona leste de Manaus.

O Coroadado é um bairro que surgiu através de uma invasão popular nas terras da Universidade Federal do Amazonas na década de 1970, mais precisamente em 1971, recebeu o nome de Coroadado em homenagem a novela “Irmãos Coragem”. Possui uma área de 1.142,23 hectares, e uma população de aproximadamente 56.626 moradores. O bairro apresenta realidades diversas no seu contexto social e econômico com relação aos seus moradores, que em sua maioria são empreendedores, trabalhadores do distrito industrial ou donos do próprio negócio.

Em 2015, o grupo de idosos “Com Vida Ativa” foi formado e recebe assistência das equipes estratégia de saúde da família (ESF) e do núcleo ampliado de saúde da família (NASF). Os critérios de inclusão para participarem do grupo foi apresentar encaminhamento médico, estar apto para realizar atividades e exercícios físicos e ter idade igual ou superior a 60 anos. Os instrumentos de avaliação foram a anamnese e a caderneta de saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde.

Na prática clínica, os idosos foram submetidos a uma avaliação médica com as equipes das ESFs, avaliação antropométrica, de atividades básicas da vida diária (ABVD's) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD's), através do preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde. O questionário utilizado foi o Vulnerable Elders Survey -13 (VES -13) que é um instrumento validado e adaptado transculturalmente. Esse instrumento é simples e eficaz, capaz de identificar a pessoa idosa vulnerável, residente na comunidade, com base na idade, na autopercepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades (MS, 2018).

O grupo se reúne duas vezes por semana e as atividades têm duração de 60 minutos. As práticas são interativas e dinâmicas, visando trabalhar a prevenção e possibilitar a socialização entre os participantes. São utilizadas atividades de reeducação do movimento, alongamentos, exercícios aeróbicos, fortalecimento muscular, treino de equilíbrio e de coordenação motora, destreza manual, e demais aspectos psicomotores. Ainda são celebrados festejos culturais, ações de prevenção e/ou controle de agravos à saúde em rodas de conversa com o apoio e participação das equipes ESFs e NASF.



3. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados mediante análise descritiva, através do programa SPSS 15.0 Statistical Package for the Social Sciences versão 15.0 (SPSS Incorporation, Chicago, IL, USA).

O teste de Shapiro foi utilizado para avaliar se as variáveis seguiam ou não uma distribuição normal. Os valores foram considerados significativos quando $p < 0.05$. Para as demais análises foram utilizadas como parâmetros, as porcentagens, as médias e os desvios padrão.

Para descrição desses dados foram utilizados os softwares Microsoft Word e Excel 2010.

4. RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta características demográficas da população estudada. Foram avaliados 20 idosos, sendo dois homens (10%) e 18 mulheres (90%), com média de idade de 67,9. As médias para o peso e altura foram, respectivamente, 69,92 e 149,5.

O IMC mostrou uma média igual 30,22. E a média do perímetro da panturrilha foi igual a 35,75.

Tabela 1- Caracterização do perfil dos idosos do “Grupo com Vida Ativa”

	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Mediana	Desvio padrão	Valor de P
Idade (anos)	60	82	67,90	66	6,86	P<0,0001
Peso (Kg)	51,50	92,20	69,92	69,80	11,36	P<0,0001
Altura (cm)	139	165	150,4	149,5	5,95	P<0,0001
IMC	23,10	40,67	31,08	30,22	4,81	P<0,0001
Perímetro Panturrilha (cm)	25,50	45,00	35,75	34,75	4,53	P<0,0001

Tabela 2- Análise do Questionário VES-13 dos Idosos do “Grupo com Vida Ativa”

	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio padrão	Valor de P
Idade	0	1	0,25	0	0,44	P<0,0001
Autopercepção	0	1	0,25	0	0,44	P<0,0001
Limitação Física	0	3	0,75	0	1,02	P<0,0001
Incapacidade	0	4	0,20	0	0,89	P<0,0001
VES (valor total)	0	7	1,20	1	1,67	P<0,0001

A Tabela 2 apresenta as análises do questionário VES-13, e a idade avaliada mostrou que os idosos apresentaram uma faixa etária com a menor pontuação do questionário, a qual compreende que cada faixa etária significa uma pontuação, e as pessoas idosas entre 60 e 74 não pontuam.

A autopercepção de saúde evidenciou que os idosos consideraram sua própria saúde entre “excelente”, “boa” ou “muito boa”, pois, a média desse item foi menor que um.

Em relação, a avaliação da limitação física foi encontrada uma média igual a 0,75. Isso sugere que em pelo menos uma atividade descrita por esse subitem do questionário, os idosos relataram “muita dificuldade” ou ser “incapaz de fazer”.

Quanto à incapacidade, a média foi igual a 0,20 e indica que, nesse grupo de idosos, a condição física não foi um fator limitante para algumas atividades, dentre elas, caminhar, tomar banho, fazer compras, controlar o próprio dinheiro e as contas.

O total do questionário VES-13 teve média igual a 1,20. A interpretação sugere que valores entre 0 e 2 indicam que a pessoa idosa não é considerada vulnerável, e deve continuar sendo acompanhada pela atenção básica de saúde.

Tabela 3- Análise de correlação entre idade biológica, análise da dor e perímetro da panturrilha dos Idosos do “Grupo com Vida Ativa”

	Perímetro da Panturrilha
Idade Biológica	P=0,047

O estudo mostrou que há correlação entre a idade biológica e o perímetro da panturrilha, evidenciando significância ao valor de P igual a 0,047.

5. DISCUSSÃO

O crescimento da população idosa está relacionado às melhores condições materiais de sobrevivência, aos avanços das práticas de saúde, envolvendo a socialização, capacidade funcional e qualidade de vida. As práticas corporais são conhecidas como importante estratégia de promoção de saúde e prevenção de doenças e disfunções.

Os principais achados desse estudo mostraram que a população composta por vinte idosos assistidos pela equipe NASF foram avaliados pelo o questionário VES-13 para caracterizar e compreender o nível de vulnerabilidade em relação à saúde.

As características demográficas do grupo de idosos avaliou a idade biológica, peso, altura, IMC e perímetro da panturrilha. Apesar da limitação da idade cronológica de 60 anos como marco inicial da velhice, muitas vezes este marco não corresponde à idade biológica do indivíduo (Mazo, Lopes, & Benedetti, 2004). Assim, o processo de envelhecimento não pode ser definido apenas pela sua idade cronológica; outros fatores como as condições físicas, funcionais, mentais, de saúde, entre outros, podem influenciar diretamente sobre este processo, o que caracteriza que o envelhecimento é algo individualizado que difere de pessoa para pessoa (Caporicci et al., 2011).

Santos e Knijnik (2006), relatam que a idade biológica de indivíduos fisicamente ativos pode ser diminuída entre 10 a 20 anos quando comparados com idosos fisicamente inativos (Caporicci et al., 2011).

De acordo com as características sociodemográficas, outros estudos também comprovaram a prevalência do gênero feminino em grupos de convivência ou grupos da terceira idade, onde verificaram que a participação masculina raramente ultrapassava 20% (Gonçalves, Dias, & Liz, 1999). Observa-se que as mulheres predominam em grupos de convivência e de prática de atividades físicas, fazendo-se necessário uma maior intervenção e incentivo das políticas públicas, dos profissionais de saúde e da família para inserir os homens nestes programas (Caporicci et al., 2011).

A verificação de medidas antropométricas é uma boa maneira de reconhecer os pacientes ou grupos que apresentarem agravos ou riscos relacionados ao estado nutricional. Nos procedimentos de diagnóstico e acompanhamento, a interpretação do IMC, recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) deve-se levar em consideração os pontos de corte diferenciados para a população com 60 anos ou mais de idade (Ministério da Saúde., 2018). Assim, nesse estudo, a média do IMC foi considerada alta, isso demonstra que a diminuição da altura é observada com o avanço da idade, como processo fisiológico decorrente da compressão vertebral, perda do tônus muscular e alterações posturais. Mas, diferente do esperado, a população do grupo de idosos apresentaram sobrepeso ou obesidade grau I.

Destaca-se que a média da medida do perímetro da panturrilha nesse estudo foi um valor alto, diferente do esperado numa população de idosos. Essa medida é uma triagem indicada para avaliação da massa muscular, cuja redução implica na diminuição da força da musculatura e correlaciona-se com o risco de desenvolver a síndrome chamada sarcopenia. A sarcopenia pode associar-se a dificuldades para a realização de AVD's, pois a força muscular é considerada como o mais importante componente para o bom desempenho funcional nos idosos (Earles et al., 2001). É considerada como ponto fundamental nas medidas de desempenho físico relacionada ao envelhecimento, com ênfase para as medidas de MMII. Este declínio compromete diretamente o desempenho muscular, que é essencial para a marcha, equilíbrio, subir escadas, mover objetos, levantar-se da cama ou do chão, limpar a casa, banhar-se ou vestir-se, que são as primeiras atividades afetadas pela sarcopenia (Silva et al., 2010).

A capacidade funcional tende a diminuir com o passar dos anos, no entanto, a prática de exercícios físicos influencia positivamente nos níveis de independência (Silva et al., 2010). Estudos referiram que 71% dos idosos apresentaram uma boa capacidade funcional, e, todos os idosos envolvidos na pesquisa se mostraram independentes para as atividades básicas e citaram que, quanto mais ativo é o indivíduo, menores são as limitações acarretadas ao longo do processo de envelhecimento (Cardoso et al, 2016).

Pode-se observar que, embora tenha sido apresentada significância estatística, a correlação entre a idade biológica e perímetro da panturrilha não podemos confirmar que o grupo apresenta sinais de sarcopenia, pois o resultado da medida do perímetro da panturrilha sugere que o grupo necessita de acompanhamento e a condição física não foi um fator limitante para as AVD'S.

Sabemos que a atividade física traz benefícios à saúde, como a diminuição da sarcopenia e o aumento do desempenho da força, reduzindo a dor e aumentando o desempenho de funções do cotidiano do idoso praticante de AF.

6. CONCLUSÃO

Concluiu-se que a partir dos resultados obtidos foi possível observar melhor desempenho na capacidade funcional e condição de saúde dos idosos assistidos pelo grupo.

A prática de atividades físicas regulares e o manejo e critérios de avaliação e monitoração são essenciais para melhor qualidade de vida ao idoso.

Para estudos futuros, sugere-se uma análise mais detalhada do tipo de atividade física realizada, quanto ao tempo, frequência, intensidade e metodologia empregada, pois as atividades físicas realizadas de forma global nem sempre são suficientes para o idoso manter uma boa capacidade funcional.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas Básica. Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para a atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde – SUS. 1ª edição, Brasília, DF, 2018.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 112 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual para utilização da Caderneta de Saúde da saúde da Pessoa Idosa/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas- Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderneta de Saúde da saúde da Pessoa Idosa/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas- Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- [6] Bertazzo, I. Gesto orientado: reeducação do movimento. São Paulo: Edições SECA São Paulo, 2014.
- [7] Cardoso, Fernanda P. Associação entre domínio de capacidade funcional (SF-36), medo de cair e histórico de quedas em idosos ativos, *Ciência em Movimento*, ano XVIII, nº 38. Porto Alegre, RS, 2016. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ipa/index.php/CMBS/article/view/261/333>>. Acesso em 05 fev.2020.
- [8] Carvalho, Carolina de Campos et al. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da pessoa idosa. Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas .4ª edição, Brasília-DF, 2017.
- [9] Caporicci, S. et al. Estudo comparativo de idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida. *Motricidade*. v. 7, n. 2, pp. 115 – 24, Vila Real, Portugal, 2011. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2011000200003. Acesso em 05 fev. 2020.
- [10] Cruz, F. Educação Física da terceira idade: teoria e prática. 1º edição. São Paulo: Ícone, 2013.
- [11] De Lima, Gabriel M. et al. Benefícios do Treinamento com Pesos para Idosos Ativos. *Revista de iniciação científica da Universidade Vale do Rio Verde*, MG. V.8,n.2, 2018. Disponível em:<http://periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaoocientifica/user/setLocale/new_locale?source=%2Findex.php%2Finiacaocientifica%2Farticle%2Fview%2F5424>. Acesso em 05 fev. 2020.
- [12] Fatori, Camila de O. et al. Dupla tarefa e mobilidade funcional de idosos ativos. *Revista\brasileira de Gerontologia*, vol.18, num 1. Pp 29-37, Rio de Janeiro,RJ, 2015. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n5/005.pdf>>. Acesso em 10 fev. 2020.
- [13] Freitas, Caroline Silva de. et al. Qualidade de vida de idosos ativos e insuficientemente ativos do município de Santa Maria (RS). *Revista Kairós Gerontologia*, 17 (1), pp 57- 68, Porto Alegre, RS, 2014.< . <http://ken.pucsp.br/kairos/article/download/19753/14634>>. Acesso em 05 fev. 2020.
- [14] Forner, Fernanda Comerlato. et al. Uma revisão de literatura sobre os fatores que contribuem para o envelhecimento ativo na atualidade. *Revista Universo Psi*, p. 150-174, Taquara,RS. 2019. Disponível em: <<https://seer.faccat.br/index.php/psi/article/view/1344>>. Acesso em 05 fev.2020.
- [15] IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em 11 fev,2016.
- [16] Muller, Daniela V. Kassick. et al. Análise comparativa da mobilidade funcional e medo de quedas de idosas comunitárias. *Revista de Atenção à Saúde*, v.17, n.62, p.05-11, out./dez., Taquara, RS, 2019. Disponível em: < https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6241>. Acesso em 05 fev. 2020.
- [17] Rebelatto, José R. Morelli, José G. S. Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso. Barueri, SP, Manole, 2004
- [18] Silva, Tamara da S. Avaliação da Capacidade física e quedas em idosos ativos e sedentários da comunidade. *Revista Brasileira de Clínica Médica*. São Paulo, SP, v.8, n 5, p. 392-398, set./out., 2010. Disponível em <<http://www.files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n5/005.pdf>>. Acesso em: 05 fev.2020.
- [19] Vídeo instrutivo para a aplicação do VES 13. Disponível em:<https://www.saude.gov.br/artigos/810-pessoa-idosa/41065-video-instrutivo-para-aplicacao-do-ves-13>. Acesso em:14fev.2020

ANEXO 1

2.6 Protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13)

						20	20	20	20	20	
1. IDADE						60 a 74 anos	0				
						75 a 84 anos	1				
						≥ 85 anos	3				
2. AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE						Excelente	0				
Em geral, comparando-se com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:						Muito boa	0				
						Boa	0				
						Regular	1				
						Ruim	1				
3. LIMITAÇÃO FÍSICA						PONTUAÇÃO: As respostas "muita dificuldade" ou "incapaz de fazer" valem 1 ponto cada. Todavia, a pontuação máxima nesse tópico é de 2 pontos , ainda que a pessoa tenha marcado ter "muita dificuldade" ou ser "incapaz de fazer" as 6 atividades listadas.					
						Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:					
	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Média (alguma) dificuldade	Muita dificuldade	Incapaz de fazer (não consegue fazer)	20	20	20	20	20	
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se											
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 kg											
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro											
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos						Máx. 2 pts.	Máx. 2 pts.	Máx. 2 pts.	Máx. 2 pts.	Máx. 2 pts.	
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)											
Fazer serviço doméstico pesado, como esfregar o chão ou limpar janelas											

18

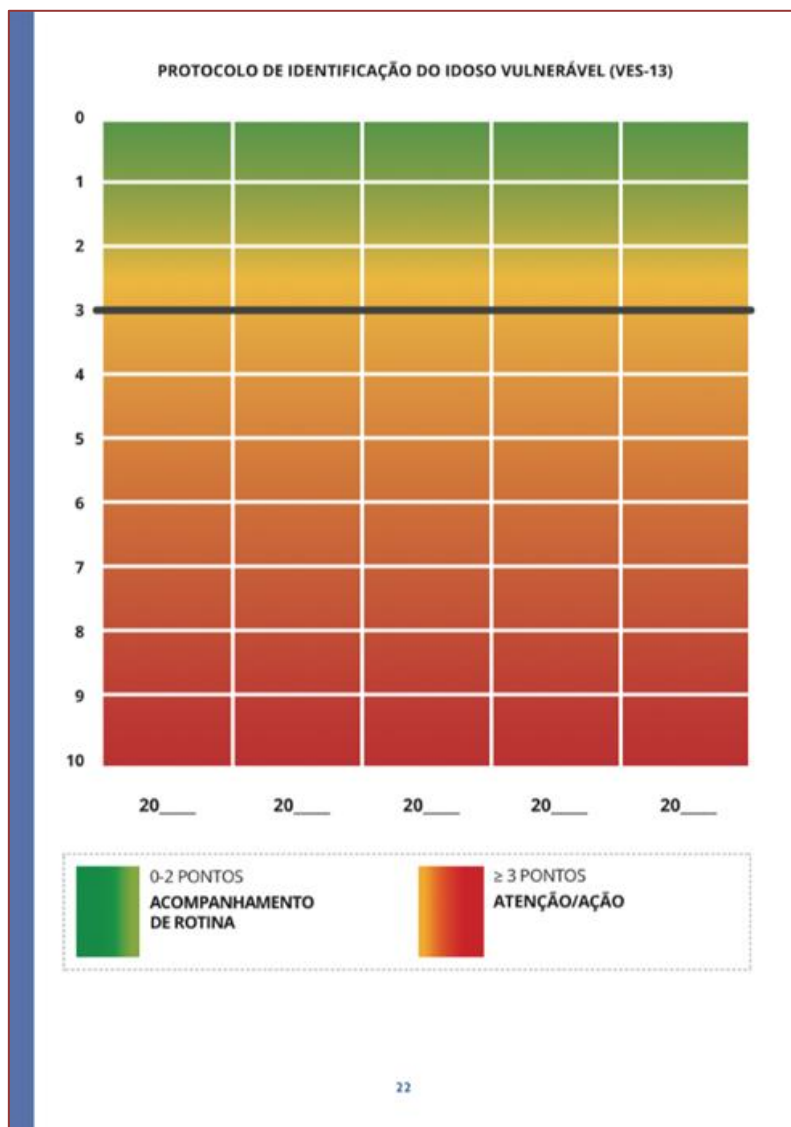
19

4. INCAPACIDADES						20	20	20	20	20
PONTUAÇÃO: As respostas positivas ("sim") valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima nesse tópico é de 4 pontos , mesmo que a pessoa idosa tenha respondido "sim" para todas as perguntas.										
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?										
Sim.	<input type="checkbox"/>	4	Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde.	<input type="checkbox"/>	0					
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, seus gastos ou pagar contas?										
Sim.	<input type="checkbox"/>	4	Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde.	<input type="checkbox"/>	0					
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de caminhar dentro de casa?						Máx. 4 pts	Máx. 4 pts	Máx. 4 pts	Máx. 4 pts	Máx. 4 pts
Sim.	<input type="checkbox"/>	4	Não ou não caminha dentro de casa por outros motivos que não a saúde.	<input type="checkbox"/>	0					
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar tarefas domésticas leves, como lavar louça ou fazer limpeza leve?										
Sim.	<input type="checkbox"/>	4	Não ou não realiza tarefas domésticas leves por outros motivos que não a saúde.	<input type="checkbox"/>	0					
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho(a)?										
Sim.	<input type="checkbox"/>	4	Não ou não toma banho sozinho(a) por outros motivos que não a saúde.	<input type="checkbox"/>	0					

	20	20	20	20	20
PONTUAÇÃO TOTAL (soma dos itens 1, 2, 3 e 4)					

20

21



Capítulo 10

A saúde do idoso diabético e sua correlação com os componentes curriculares na atenção primária em saúde

Rosilene Alves de Almeida

Rosângela Alves Almeida Bastos

Karla Fernandes da Silva

Guêdijany Henrique Pereira

Francisca das Chagas Alves de Almeida

Resumo: As diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em medicina preconizam a utilização de metodologias ativas de aprendizagem na construção do conhecimento, como o pbl - problem-based learning. Buscando essa interdisciplinaridade, os estudantes são estimulados a integrar conhecimentos e a desenvolver competências inerentes ao campo profissional, a partir de situações reais nos cenários de prática. **OBJETIVO:** descrever a aplicação dos componentes curriculares do segundo período do curso de medicina com a atenção à saúde do idoso diabético na atenção primária em saúde. **METODOLOGIA:** relato de experiência na atenção à saúde de idosos com diabetes mellitus acompanhados pela Unidade Básica de Saúde para correlacionar os achados morfofisiopatológicos do diabetes e contribuições para as pesquisas, com as unidades temáticas dos componentes curriculares do curso de medicina de uma instituição de ensino superior privada. **RESULTADOS:** foi possível correlacionar pelo menos uma unidade temática de cada um dos nove componentes modulares para a compreensão da fisiopatologia, complicações e acompanhamento dos idosos diabéticos, bem como identificar o processo de trabalho na atenção ao idoso na Unidade Básica de Saúde, utilizar normas metodológicas e aplicar conceitos estatísticos e epidemiológicos nas pesquisas com idosos diabéticos. **CONCLUSÃO:** a atividade foi de grande valia para a formação acadêmica pela oportunidade de inserir precocemente os graduandos do curso de medicina nos cenários de prática profissional e propiciar a correlação dos temas abordados com a realidade esperada para a vida profissional.

Palavras-Chave: Idoso. Diabetes Melittus. Atenção Primária à Saúde.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente o Brasil vem mudando seu perfil demográfico de uma sociedade com uma população predominantemente jovem para uma sociedade onde predominante o número de pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos ou mais. A redução das taxas de mortalidade, e com um tempo a redução também das taxas de natalidade, provocaram mudanças significativas na estrutura etária da população.

Dessa forma, às crescentes inovações científicas e tecnológicas vem avançando, e a comunidade científica vem inovando com metodologias alternativas de aprendizagem ativa baseada em competências e capazes de formar profissionais com visão holística que integre a teoria com a prática direcionada para aqueles mais fragilizados (UALGISE, 2013).

Seguindo a tendência mundial em educação médica, as Diretrizes Curriculares

Nacionais para os cursos de graduação em medicina, atualizadas em 2014, preconizam que os cursos devem utilizar metodologias ativas de aprendizagem na construção do conhecimento, entre as quais se destaca o PBL (Problem-Based Learning) (CAVALCANTE et al., 2018).

Assim, buscando a interdisciplinaridade nos cursos de graduação, surge o Projeto Integrador, no qual a cada período letivo os estudantes são estimulados a integrar conhecimentos e a desenvolver competências inerentes ao campo profissional, a partir do contato com situações reais. A proposta de ensino vislumbra o desenvolvimento de competências interpessoais e profissionais, envolvendo todas as unidades curriculares por meio de uma temática central nos cenários de prática.

Nessa perspectiva, propomos descrever a aplicação dos componentes curriculares do segundo período do curso de medicina com a atenção à saúde idoso diabético na atenção primária em saúde. O estudo permitirá ao graduando de medicina a compreensão da metodologia ativa para a formação médica, a partir da associação dos achados com os conteúdos assimilados em sala de aula, levando a refletir sobre a aplicação da teoria no campo prático, no primeiro nível de atenção à saúde e para além dos muros da universidade.

2. METODOLOGIA

A pesquisa utilizou-se de um relato de experiência na atenção à saúde de idosos com diabetes mellitus (DM) acompanhados pela Unidade Básica de Saúde (UBS). A partir da experiência como enfermeira na atenção à saúde do idoso com DM, permeada pela construção de um referencial teórico e com conhecimento dos conteúdos assimilados em aulas teóricas durante o segundo período do curso de medicina, foi possível correlacionar os achados morfofisiopatológicos do DM e contribuições para as pesquisas, com as unidades temáticas dos componentes curriculares do curso de medicina de uma instituição de ensino superior privada, a saber: Metodologia da Pesquisa Científica, Epidemiologia, Informática Aplicada à Medicina, Bioestatística, Atenção Primária à Saúde na Comunidade II (APSC II), Morfofisiologia Humana II (Sistema Nervoso), Morfofisiologia Humana III (Aparelho Locomotor), Morfofisiologia Humana IV (Glândulas Endócrinas) e Morfofisiologia Humana V (Sistema Hematopoiético).

2.1 SAÚDE PÚBLICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para superar o modelo tradicional de atenção básica de saúde foi implantada a Estratégia Saúde da Família (ESF) e criado o Programa Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo formadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF) com ações de prevenção e promoção da saúde (CRUZ, 2008).

Na ESF as equipes trabalham como uma população adscrita, ou seja, com um número fixo de famílias. A família torna-se o alvo da estratégia, que pode monitorar os indivíduos, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença (ALMEIDA et al, 2015). Recomenda-se que as UBS funcionem 40 horas semanais 5 dias da semana e o ano todo. Deve ser composta por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS (BRASIL, 2017).

2.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Processo de envelhecimento é descrito com um processo dinâmico e progressivo que envolve fatores sociais, culturais, econômicos e físicos, suscitando modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas (RIBEIRO; SCHUTZ, 2007).

No tocante à dimensão biológica, o envelhecimento caracteriza-se pela redução das funções morfológicas e funcionais dos órgãos que ocorrem em nível celular, tecidual, orgânico e nos sistemas, diminuindo a reserva fisiológica e os sistemas de defesa e de adaptação ao meio e deixa o idoso mais susceptível a enfermidades (MOURA, 2010).

No mundo a proporção de pessoas com mais de 60 anos de idade está crescendo mais rapidamente em relação a qualquer outra faixa etária (BRASIL, 2010a). Assim, como consequência das alterações ocorridas nas características da população, surgiram no cenário brasileiro modificações no perfil de saúde, exigindo uma reorganização do Sistema de Saúde (VERAS, 2009), pelas mudanças epidemiológicas expressas através da redução de doenças transmissíveis e elevação das crônicas não transmissíveis (DCNT) nos idosos (APRATTO JÚNIOR, 2010), em particular Hipertensão Arterial Sistêmica e o DM.

2.3 FISIOPATOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA E COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS

O termo DM descreve uma desordem metabólica caracterizada por hiperglicemia crônica decorrente de defeitos na secreção e/ou ação da insulina, resultando em resistência insulínica. Altas concentrações plasmáticas de glicose levam ao desenvolvimento de degenerações crônicas associadas à falência de diversos órgãos, principalmente olhos, rins, coração, nervos e vasos sanguíneos (FERREIRA et al., 2011). O DM é classificado como: DM tipo 1 (DM1) acomete mais os jovens e se dá por destruição crônica das células β pancreáticas; DM tipo 2 (DM2) ocorre mais em idosos e o principal fenômeno fisiopatológico é a resistência à ação da insulina (FERREIRA et al., 2011).

A insulina é um hormônio anabólico que atua na manutenção da homeostase de glicose e do crescimento e diferenciação celular. Esse hormônio é secretado pelas células β das ilhotas pancreáticas após as refeições em resposta a elevação da concentração dos níveis circulantes de glicose e aminoácidos (MARTINS, 2016).

O diagnóstico tardio do DM pode acarretar danos irreparáveis à saúde do paciente, com o surgindo complicações agudas e crônicas, como a nefropatia, retinopatia, neuropatia diabética (ND), pé diabético, doenças cerebrovasculares, doenças cardiovasculares, doenças arteriais coronariana e obstrutiva periférica, ocasionando isquemia crítica do membro afetado e risco de amputação (GROSSI; PASCALI, 2011).

A neuropatia diabética constitui um grupo heterogêneo de manifestações clínicas ou subclínicas, que acometem o sistema nervoso periférico (SNP) como complicação do DM. Pode apresentar-se de diferentes formas clínicas, mecanismos fisiopatológicos, instalação e evolução (NASCIMENTO; PUPE; CAVALCANTI, 2016).

Os principais sintomas da ND são sensitivos como parestesia e dor, sensações de dormência, formigamento, desequilíbrio e quedas, choques, picadas e queimação, e perda da sensibilidade no segmento envolvido (DIAS; CARNEIRO, 2009).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a elaboração do trabalho foi possível relacionar os conteúdos teóricos assimilados nos nove componentes curriculares do segundo período do curso de medicina com o cuidado na atenção à saúde do idoso com DM na APS.

O componente Metodologia da Pesquisa Científica forneceu toda a base metodológica para o planejamento, execução, formatação e elaboração deste trabalho, que valeu-se das Normas Brasileiras Regulamentadoras (NBR) da Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT) para a organização do relatório final, a saber: NBR 14724/2011 para apresentação e organização geral do trabalho; NBR 10520/2002 para a apresentação das citações; NBR 6023/2002 para a elaboração de referências; NBR 6028/2002 para a elaboração do resumo e; NBR 6026/2003 para organizar a numeração progressiva das seções do trabalho.

O componente Epidemiologia também contribuiu para o delineamento do estudo. Na construção do referencial teórico foi útil no sentido de promover embasamento teórico para discorrer sobre o processo de transição demográfica que vem acontecendo na população brasileira. Foi possível aplicar o conceito e

conhecer um pouco a respeito de DCNT e a História Natural da Doença, em particular do DM, os fatores que contribuem para sua ocorrência, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte.

Foram descritos alguns Indicadores de Saúde, como o demográfico, de mortalidade, de morbidade e de fatores de risco para o DM, apresentando dados do DATASUS. De forma geral, por meio da epidemiologia descritiva foi possível estudar a distribuição de frequência do DM em idosos e apresentar de estimativas de órgãos de notável referência em pesquisas. Os conteúdos e as orientações assimiladas nas aulas de Informática Aplicada à Medicina permitiram utilizar as ferramentas da internet como fonte de informação científica, para realizar, a partir de mecanismos e técnicas de busca, a pesquisa de estudos científicos nas Bases de Dados / Bibliotecas Virtuais para a construção do referencial teórico e metodológico a partir de descritores relacionados ao tema em estudo. Por meio dos Descritores das Ciências da Saúde (DeCS) foram selecionadas as palavras chave para compor o resumo do trabalho.

O conhecimento dos Sistemas de Informação em Saúde colaborou com a pesquisa no sentido de fornecer dados de Morbidade do DM por meio do DATASUS, o portal de saúde do SUS. No âmbito da Bioestatística utilizamos as fontes de bases de dados para elaborar e reforçar os conceitos com dados estatísticos provenientes de do DATASUS. A bioestatística pode ser largamente aplicada para representar a situação de saúde da UBS, coma construção de gráficos para o acompanhamento do quantitativo de usuários idosos diabéticos atendidos por dia, semana ou mês, gráficos de acompanhamento dos níveis glicêmicos, do percentual de idosos quem mantêm sua glicemia controlada (diabetes compensada), dentre outros. Durante das aulas de APSC foi útil para a compreensão da dinâmica, fluxo e operacionalização da assistência na rede pública de saúde, em particular na atenção primária à saúde, que tem como porta de entrada do sistema as USB. Na UBS trabalha-se no sentido de permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde da coletividade. A UBS atende à comunidade com ações programadas e por demanda espontânea na unidade ou através de visitas ao território, desenvolvendo ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação.

No contexto do DM em idosos a Morfofisiologia II (Sistema Nervoso) é de extrema relevância para o reconhecimento das neuropatias diabéticas (ND) na APS, uma das principais complicações que ocorre com a evolução crônica do DM, caracterizada pela degeneração progressiva dos axônios das fibras nervosas.

Através do componente Morfofisiologia Humana III (Aparelho Locomotor) é possível compreender a importância desse módulo para entender as implicações do processo de envelhecimento para a saúde física do idoso, em particular dos portadores de DM que têm como fator complicador as neuropatias que afetam o organismo do idoso culminando com afecções do aparelho locomotor que podem ocasionar distúrbios na mobilidade, sustentação, equilíbrio e movimento do idoso, propiciando quedas e consequentes traumas físicos, dependência, hospitalização e até óbito. Os músculos são responsáveis pela autonomia motora dos indivíduos e participam da homeostase glicêmica e metabólica, dessa forma, a massa muscular é resultado do equilíbrio entre a produção e o catabolismo de proteínas. A resistência à insulina está entre os fatores que levam ao catabolismo proteico com diminuição da massa muscular, que leva ao comprometimento da força, potência e do equilíbrio corporal (MÜLLERA et al., 2016).

O componente Glândulas Endócrinas possibilita a compreensão de todo o processo que envolve a fisiopatologia para a ocorrência do DM, bem como a sinergia dos hormônios insulina e glucagon para a manutenção da homeostase. O sistema endócrino é constituído por glândulas e tecidos orgânicos responsáveis pela secreção interna de substâncias químicas que controlam funções biológicas os hormônios, que influenciam praticamente todas as funções metabólicas do corpo humano, por regular as atividades entre as células, tecidos e órgãos do corpo (VERONEZ; VIEIRA; REGATTIERI, 2019). No contexto do DM, a glândula de destaque é o pâncreas. A maior parte do pâncreas produz secreção exócrina, que se dirige ao duodeno, ao tempo que as porções endócrinas do pâncreas (ilhas de Langerhans) secretam insulina, hormônio de ação hipoglicemiante e que, no fígado, promove a formação do glicogênio e o glucagon, cujo efeito é o inverso da insulina (MATA; ARRUDA; CABRAL, 2018).

O sistema nervoso central (SNC) requer um suprimento contínuo de glicose. O

aumento das concentrações de insulina e glicose sanguíneas inibe a produção de glicose pelo fígado e facilita a captação de glicose pelos tecidos sensíveis à insulina. No indivíduo saudável, portanto, há um balanço entre a produção e utilização de glicose (PAIVA, 2014).

No DM esse equilíbrio está comprometido de tal forma que pode comprometer a saúde do idoso culminando com complicações micro e macrovasculares severas. O aprendizado propiciado pelo

componente Sistema Hematopoiético é de grande valia para o entendimento dos valores de referência do hemograma, coagulograma e leucograma e avaliar o estado de saúde do idoso diabético.

Saber a dosagem de hemácias e hemoglobina é de grande valia para a avaliação do estado de saúde do idoso diabético, no sentido de avaliar estados anêmicos. Os valores de referência para hemácias e hemoglobina varia de homens para mulheres. Nos homens, o valor normal para as hemácias varia entre 4.2 a $5.9 \times 10^6 / \mu\text{L}$, e nas mulheres de 3.9 a $5.4 \times 10^6 / \mu\text{L}$; já para a hemoglobina, nos homens varia entre 14 a 18 g/dl e nas mulheres de 12 a 16 g/dl. O leucograma é um exame útil para a avaliar a resposta imunológica do idoso diabético pela quantidade de leucócitos, as células responsáveis pela defesa do organismo contra vírus, bactérias, parasitas ou proteínas diferentes das do corpo, além de destruir células mortas e restos de tecidos (MORAES, 2019). Os leucócitos estão aumentados (leucocitose) principalmente em infecções bacterianas e parasitárias, em certas doenças autoimunes e degenerativas, e diminuem (leucopenia) na de infecção viral (NETO, 2004 apud PORTALDA EDUCAÇÃO, 2019). Uma pessoa adulta saudável apresenta em seu sangue de 5.000 a 10.000 leucócitos a cada mm^3 de sangue, podendo haver variações.

As plaquetas são fragmentos citoplasmáticos anucleados presentes no sangue e produzidas na medula óssea para manter a homeostasia da coagulação sanguínea. No indivíduo adulto o valor normal das plaquetas varia entre 150.000 a $450.000 / \mu\text{L}$.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento do processo de trabalho da UBS possibilitou confrontar as orientações do Ministério da Saúde, conforme a PNAB, no contexto da Atenção Primária à Saúde e Comunidade, sendo possível identificar as conformidades. Durante a construção do referencial teórico foi possível utilizar o conhecimento da Morfofisiologia Humana II (Sistema Nervoso) para entender as complicações do DM, em particular da neuropatia diabética. A Morfofisiologia Humana III (Aparelho Locomotor) foi útil no sentido de compreender o processo fisiológico de envelhecimento quem vem carregado de debilidades físicas ocasionadas pela perda de massa muscular e densidade óssea.

Quando apresentamos a fisiologia do DM, a Morfofisiologia Humana IV (Glândulas Endócrinas) nos forneceu bases teóricas para entender sobre a importância do hormônio insulina, secretado pelo pâncreas, para o controle dos níveis glicêmicos.

A Morfofisiologia Humana V (Sistema Hematopoiético) forneceu subsídios para a compreensão dos resultados e interpretação dos exames laboratoriais. Igualmente importantes, os componentes Metodologia da Pesquisa Científica, Epidemiologia, Informática Aplicada à Medicina e Bioestatística propiciou todo um aparato para a construção, análise e organização do estudo, colaborando significativamente para a integração dos conteúdos.

Concluimos que a atividade foi de grande valia para a formação acadêmica pela oportunidade de inserir precocemente os graduandos do curso de medicina nos cenários de prática profissional e propiciar a correlação dos temas abordados com a realidade esperada para a vida profissional.

REFERÊNCIAS

- [1] ALMEIDA, J. H. H. et al. Atenção Primária à Saúde: enfocando as redes de atenção à saúde. Revista de Enfermagem da UFPE on line, v.9, n.11, p.9811-9816, 2015.
- [2] APRATTO JÚNIOR, P. C. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). Ciência Saúde Coletiva, v.15, n.6, p.2983-2995, 2010.
- [3] BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS/DATASUS.
- [4] Indicadores e Dados Básicos Brasil 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- [5] BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- [6] CAVALCANTE, A. N. et al. Análise da Produção Bibliográfica sobre Problem Based
- [7] Learning (PBL) em quatro periódicos selecionados. Revista Brasileira de Educação
- [8] Médica, v.13, n.42, p.13-24, 2018.

- [9] CRUZ, A. Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Jornal do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde*, n.35, 2008.
- [10] DIAS, R. J. S.; CANEIRO, A. P. Neuropatia diabética: fisiopatologia, clínica e eletroneuromiografia. *Acta Fisiátrica*, v.7, n.1, p.35-44, 2000.
- [11] FERREIRA, L. T. et al. Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações Diabetes mellitus: hyperglycemia and its chronic complications. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, v.36, n. 3, p. 182-188, 2011.
- [12] GROSSI, S. A.A.; PASCALI, P. M. *Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus*. São Paulo: AC Farmacêutica; 2011.
- [13] MARTINS, F.S.M. Mecanismos de ação da insulina. Seminário apresentado na disciplina Bioquímica do Tecido Animal. Programa de Pós-Graduação em Ciências Veterinárias, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016. 13 p.
- [14] MATA, A. S.; ARRUDA, I. F. S.; CABRAL, A. L. Fisiologia do sistema endócrino. In: Congresso Nacional de Educação, 5., 2018, Olinda. *Anais do V Congresso Nacional de Educação*. Olinda: Realize Eventos e Editora, 2018, p.1-4.
- [15] MORAES, P. L. Leucócitos: células que defendem nosso organismo. *Histologia Animal*, 2019.
- [16] MOURA, B. L. A. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, v. 10, supl.1, p.S69-S81, 2010.
- [17] MÜLLERA, D. V. K. et al. Avaliação do equilíbrio corporal e da força isocinética de flexores e extensores de joelho de um idoso sarcopênico, diabético com deficiência visual total: estudo de caso comparativo. *Revista Atenção à Saúde*, v. 14, n. 48, p. 54-61, 2016.
- [18] PAIVA, M. C. O papel fisiológico da insulina e dos hormônios contrarregulatórios na homeostase glicêmica. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica Funcional*, n.61,2014.
- [19] NASCIMENTO, O. J. M.; PUPE, C. C. B.; CAVALCANTI, E. B. U. Neuropatia diabética. *Revista Dor*, v. 7, supl.1, p.46-51, 2016. PORTAL DA EDUCAÇÃO. Leucograma, 2019. Disponível <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/conteudo/leucograma/23290>>. Acesso em: 14 de abr. 2019.
- [20] RIBEIRO, A. P.; SCHUTZ, G. E. Reflexões sobre o envelhecimento e bem-estar de idosas institucionalizadas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 2, n. 10, p. 191-201, 2007.
- [21] UALGISE. PBL: estratégia de ensino/aprendizagem. Instituto Superior de Engenharia. Universidade do Algarve, 2013. Disponível em: <<https://ise.ualg.pt/pt/content/pbl-estrategiaensinoaprendizagem>>. Acesso em: 16 mai. 2019.
- [22] VERONEZ, D. A. L.; VIEIRA, V. P. M.; REGATTIERI, N. A. T. Abordagem Morfofuncional Do Sistema Endócrino. Suporte da Rede Local de Ensino. Departamento Acadêmico de Informática. A Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba-PR, 2019.

Capítulo 11

Percepção do estudante de medicina sobre o preparo para lidar com a morte no cotidiano da graduação

Adharsia Melissa Dias Marinho

Katleem de Sousa Saraiva

Hellen Gonçalves da Silva

Kessia Castro de Sousa

Marcelo Dias Ferreira Junior

Cilene Aparecida de Souza Melo

Resumo: A morte faz parte do cotidiano médico e hospitalar. No entanto, esse assunto ainda não é discutido amplamente, o que pode prejudicar o preparo dos estudantes e médicos para lidar com situações de morte. Portanto, a pesquisa tem como objetivo analisar o perfil dos estudantes de medicina da UEPA e como eles percebem a morte e seu preparo diante dela durante a graduação. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo tipo corte transversal observacional, com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado através de um questionário semiestruturado composto de 8 questões e aplicado em 76 alunos do 1º ao 5º do curso de Medicina da UEPA-Marabá. As opções foram analisadas através da escala de Likert. Verificou-se que a maior parte dos alunos estava na faixa etária de 18 a 25 anos e pertencia a religião católica ou evangélica. Observou-se que a maioria dos estudantes concordou com a importância de o paciente ter conhecimento sobre a gravidade de sua doença e ter autonomia quanto a decisões sobre uma possível ressuscitação. Sobre o preparo para lidar com a morte, não houve diferença significativa entre os grupos dos diferentes períodos e grande parte dos alunos concorda, em maior ou menor grau, que está preparado. Por outro lado, grande parte discordou sobre a necessidade do médico ter fé religiosa, reflexo da diversidade de crenças dos alunos. Conclui-se que os estudantes analisados avaliam estarem recebendo uma preparação adequada para lidar com situações de morte, fato atribuído a metodologia da faculdade que incentiva a inserção do aluno nos ambientes hospitalares desde o início da graduação, trazendo benefícios para os futuros médicos.

Palavras-chave: Medicina do comportamento. Tanatologia. Relação médico-paciente.

1. INTRODUÇÃO

A morte é uma presença constante durante todo o ciclo biológico do ser humano, a única coisa confirmada que ocorrerá eventualmente. Segundo a organização mundial de saúde (oms), só no ano de 2015, 56,4 milhões de mortes foram registradas no mundo, dentre essas mortes destaca-se a morte de recém-nascidos que foi de 19 a cada 10000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos, no mesmo ano, que foi de 43 por 1000 nascidos vivos. (oms,2015).

No entanto, durante muito tempo a abordagem sobre as questões relacionadas ao fim da vida nos meios de comunicação popular foi restrita, sendo retomado com o desenvolvimento acelerado das telecomunicações. Dessa forma, a morte tornou-se companheira cotidiana, invasiva e sem limites. (KOVÁCS, 2005).

O processo do adoecimento e do morrer são corriqueiros na rotina de médicos, estudantes de medicina e outros profissionais da área da saúde. Apesar disso, nem sempre tais temas são discutidos com a devida importância e, quando debatidos, divergem opiniões e demonstram a falta de preparo diante dessas questões cruciais. Discutir a questão da morte pode ser especialmente complicado já que são nesses momentos que os acadêmicos e profissionais se veem compelidos a refletir sobre algo ainda mais doloroso: a fragilidade e brevidade de suas próprias vidas. (EIZIRIK, 2000).

É comum também que a discussão acerca da morte não ultrapasse muito os limites dos aspectos técnicos como terapêuticas fracassadas, o momento correto de se declarar o horário da morte cerebral e quando prolongar ou não a vida de um paciente. Apesar de terem a sua devida importância, tais aspectos não corroboram com a ampliação da capacidade mental e emocional de um médico lidar com um processo tão doloroso quanto a morte de um paciente. (AZEREDO, 2011).

Diante disso, situações de estresse relacionadas a exposição constante ao sofrimento, dor, morte e aproximação emocional com o paciente podem influenciar o indivíduo a adotar formas, nem sempre ideais, de lidar com os eventos durante a sua formação médica. Geralmente, esse aluno, devido a falta de comunicação do assunto nas faculdades de medicina, tenta focalizar as emoções em si próprio, internalizando seus sentimentos de medo e insegurança, (TRINDADE, 2013).

Esses sentimentos podem resultar podem afetar a saúde mental do acadêmico. Uma análise de 59 estudos mostrou a prevalência da ansiedade (32,9%), depressão (30,6%), transtornos mentais comuns (31,5%), burnout (13,1%), uso problemático do álcool (32,9%), estresse (49,9%), baixa qualidade do sono (51,5%), sonolência diurna excessiva (46,1%) nos estudantes de medicina; além disso, houve relação de sinais de falta de motivação, apoio emocional e sobrecarga de atividades acadêmicas com a piora da saúde mental. (PACHECO et AL, 2017).

Nessa conjuntura, essas situações, aliada as cobranças e a extensa carga horária do curso, podem se tornar cumulativas e comprometer os relacionamentos pessoais e afetivos do aluno. Além disso, pode ser a causa de dificuldade de aprendizagem, distúrbios alimentares e psicossomáticos. Muitos estudantes se isolam dos amigos e familiares, o que torna o quadro mais difícil de identificar, tornando-o mais vulnerável ao estresse sem o apoio emocional necessário. (COSTA, 2005).

Portanto, a pesquisa tem extrema importância para ter conhecimento da forma como os estudantes de medicina de Marabá estão sendo preparados para lidar com a morte, buscando identificar dificuldades psicológicas e físicas relacionadas a esse processo. E dessa forma, o estudo proporcionará direcionamento para oferecer condições melhores para os estudantes desenvolverem suas atividades no curso com adequada saúde mental. Partindo das ideias acima colocadas **objetivou-se** analisar o preparo dos estudantes de Medicina para o enfrentamento da morte e a sua percepção acerca dos aspectos relacionados a ela.

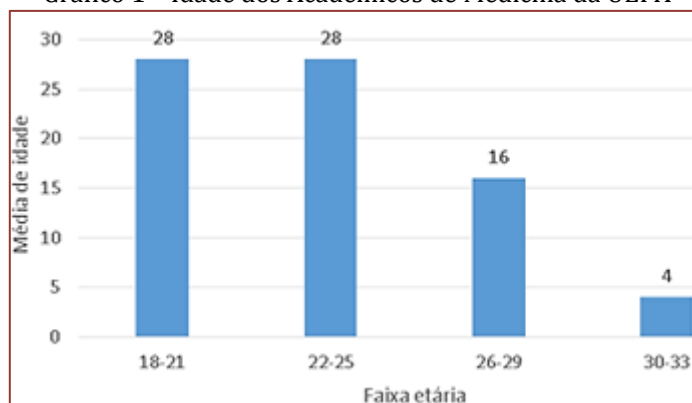
2.METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo tipo corte transversal observacional, com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado através de um questionário semiestruturado elaborado por CALASANS et al. (2014), semi-estruturado que consiste em 08 questões objetivas na forma de assertivas acerca de questões que abordam a temática morte, pacientes graves e terminais, preparo pessoal, preparo do curso, fé, reanimação pessoal e familiar diante de doença graves e nível de afetividade nessas situações. O Questionário foi aplicado em 76 alunos do 1º ao 5º do curso de Medicina da UEPA-Marabá. As opções foram analisadas através da escala de Likert. Critérios de inclusão: estudantes do 1º ao 5º ano, maiores de 18 anos de idade, regularmente matriculados no curso de medicina da universidade do estado do Pará.

Critérios de exclusão: foram excluídos aqueles estudantes que não frequentaram as atividades acadêmicas no período da pesquisa, estudantes menores de 18 anos ou que não aceitaram participar do estudo. Os participantes desta pesquisa foram estudados segundo os preceitos da Declaração de Helsink e do Código de Nuremberg, respeitadas as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 466/12) do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi previamente aprovado pelo parecer nº 3.170.309 do comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Pará.

3.RESULTADOS:

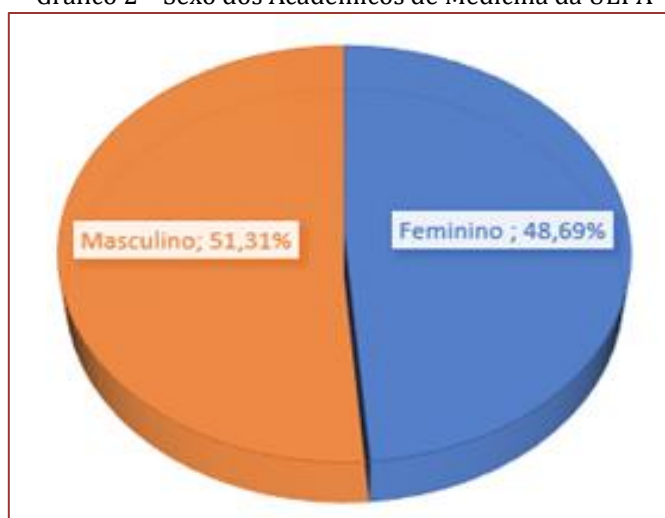
Gráfico 1 – Idade dos Acadêmicos de Medicina da UEPA



Fonte: Acervo da Pesquisa

Dos 76 alunos que participaram da pesquisa, foi encontrada uma idade média de 22,88 anos, sendo que a idade mínima era de 18 anos e a máxima era 33 anos. Cerca de 36,84% se encontravam na faixa de 18-21 anos, e a mesma porcentagem foi encontrada para a faixa de 22-25 anos. A faixa de 26-29 anos contava com 21,05% dos alunos e por fim, a faixa com menor porcentagem foi a de 30-33 anos, com apenas 5,26% dos acadêmicos.

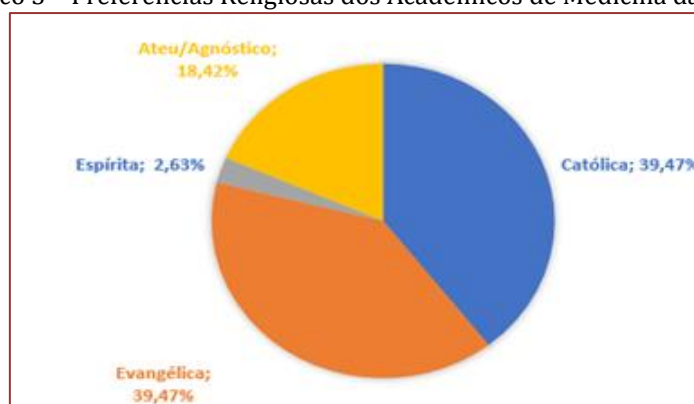
Gráfico 2 – Sexo dos Acadêmicos de Medicina da UEPA



Fonte: Acervo da Pesquisa

Do total de alunos que participaram da pesquisa, foi encontrada uma divisão de sexos bem equilibrada, quase equivalente. Cerca de 51,31% (n=39) dos participantes se autodeclarou ser do sexo masculino, enquanto 49,69% (n=37) declararam pertencerem ao sexo feminino.

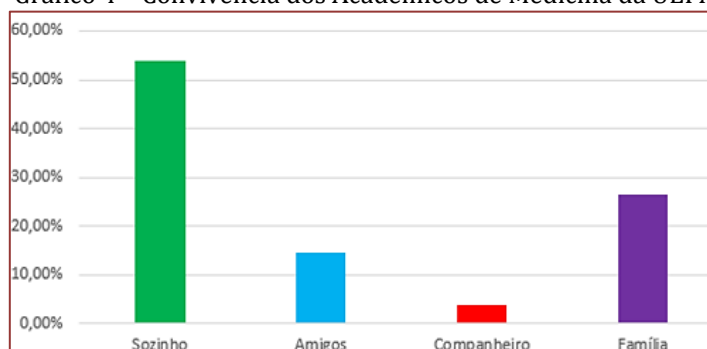
Gráfico 3 – Preferências Religiosas dos Acadêmicos de Medicina da UEPA



Fonte: Acervo da Pesquisa

Quanto as opções religiosas, foi encontrada uma porcentagem igual para católicos e evangélicos de cerca de 39,47% (n=30). Uma parcela significativa dos estudantes se declarou ateu ou agnóstico, ficando em torno de 18,42% (n=14). A menor parcela foi a de espíritas que ficou em torno de 2,63%.

Gráfico 4 – Convivência dos Acadêmicos de Medicina da UEPA



Fonte: Acervo da Pesquisa

Mais da metade (53,9%) dos participantes alegaram morar sozinhos. Cerca de 26,31% vivem com familiares, enquanto 14,47% moram com amigos. A menor parcela ficou para os estudantes que moram com companheiro, com cerca de 3,94%.

Tabela 1 – Resultados da Assertiva 1

Resultados da assertiva 1: “É importante que o paciente saiba de sua doença, qualquer que seja a gravidade”. N=76						
	Discordo Totalmente N (%)	Discordo Parcialmente N (%)	Sem opinião N (%)	Concordo Parcialmente N (%)	Concordo Totalmente N (%)	Ranking Médio N (%)
Amostra total	0	9	1	25	41	4,28
2º ao 4º período	0	5	0	14	20	4,25
6º ao 8º período	0	2	1	6	11	4,3
10º período	0	2	0	5	10	4,35

Fonte: Acervo da Pesquisa

A assertiva 1 abordava a percepção do próprio paciente quanto ao seu estado de saúde. O ranking médio da amostra total ficou 4,28. Ou seja, consideramos que a maioria dos estudantes concordaram com a assertiva. O valor de p foi significativo, no valor de 0,0152.

Tabela 2 – Resultados da Assertiva 2

Resultados da assertiva 2: “Depois que o paciente sabe de sua doença grave ocorre piora do seu estado”. N=76						
	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Sem opinião	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	Ranking Médio
Amostra total	1	28	6	36	5	3,21
2º ao 4º período	0	19	0	16	4	3,61
6º ao 8º período	0	5	3	11	1	3,40
10º período	1	4	3	9	0	3,17

Fonte: Acervo da Pesquisa

A assertiva 2 teve um ranking médio de amostra total de 3,21, mais próximo ao ponto neutro, mas ainda considerado concordante. Tal ranking demonstra que houve uma preferência dos estudantes pelas respostas “Concordo parcialmente” e “Discordo parcialmente”. O valor de p foi de 0,0334, considerado significativo.

Tabela 3 – Resultados da Assertiva 3

Resultados da assertiva 3: “Como estudante de medicina, sinto-me preparado para lidar com a morte e com o processo de morrer”. N=76						
	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Sem opinião	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	Ranking Médio
Amostra total	8	23	5	23	18	3,26
2º ao 4º período	5	16	4	10	5	3,25
6º ao 8º período	2	5	1	6	6	3,45
10º período	1	2	0	7	7	4

Fonte: Acervo da Pesquisa

A assertiva 3 dizia respeito a percepção dos alunos quanto ao fato de eles estarem preparados ou não para lidar com a morte de pacientes. Nessa assertiva, predominaram as respostas “Concordo totalmente” e “Discordo Parcialmente”, com ranking médio de 3,26, se aproximando do ponto neutro. O p foi de 0,0658, sendo considerado não significativo.

Tabela 4 – Resultados da Assertiva 4

Resultados da assertiva 4: “Durante o meu curso de graduação médica, até o momento, houve preparo para lidar com a morte e com o morrer”. N=76						
	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Sem opinião	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	Ranking Médio
Amostra total	5	12	1	37	22	3,76
2º ao 4º período	2	7	0	18	13	3,82
6º ao 8º período	1	3	0	11	5	3,8
10º período	2	2	1	8	4	3,58

Fonte: Acervo da Pesquisa

A assertiva 4 também abordava o preparo dos alunos, dessa vez questionando se estava havendo ou se houvera preparo durante a graduação. O ranking médio foi de 3,76 sendo considerado concordante. Predominaram as respostas “concordo totalmente” e “concordo parcialmente”. O p foi de 0,017, ou seja, significativo.

Tabela 5 – Resultados da Assertiva 5

Resultados da assertiva 5: “Considero importante que o profissional de saúde tenha fé em alguma crença religiosa para situações de morte”. N=76						
	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Sem opinião	Concordo Parcialmente	Concordo totalmente	Ranking médio
Amostra total	18	9	7	14	29	3,35
2º ao 4º período	12	8	3	8	9	2,85
6º ao 8º período	3	1	1	5	10	3,9
10º período	3	0	3	1	10	3,88

Fonte: Acervo da Pesquisa

A assertiva 5 questionava se o aluno considerava importante a presença de fé ou crença para lidar com situações de morte. Nessa assertiva, houve grande diferença entre as respostas, já que muitos alunos optaram por “concordo totalmente” e uma quantidade considerável respondeu “discordo totalmente”. O ranking médio foi de 3,35, se aproximando do ponto neutro, mas ainda sendo considerado concordante. O valor de p foi 0,1457 sendo, portanto, considerado não significativo.

Tabela 6 – Resultados da Assertiva 6

Resultados da assertiva 6: “Caso eu apresentasse uma doença grave (irrecuperável) e sofresse uma parada cardiorrespiratória, desejaria ser reanimado”. N=76						
	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Sem opinião	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	Ranking Médio
Amostra total	21	4	6	12	33	3,42
2º ao 4º período	8	4	1	7	19	3,64
6º ao 8º período	6	0	3	2	9	3,4
10º período	7	0	2	3	5	2,94

Fonte: Acervo da Pesquisa

A assertiva 6 levava o aluno a se colocar no lugar do paciente em uma situação grave e irrecuperável. O ranking médio foi de 3,42, predominando as respostas de “concordo totalmente” e “discordo totalmente”. O p foi de 0,0462 sendo considerado significativo.

Tabela 7 – Resultados da Assertiva 7

Resultados da assertiva 7: “Um familiar meu mostra o desejo de não ser reanimado se na velhice enfrentasse uma doença grave. Nessas circunstâncias, se ele sofresse uma parada cardiorrespiratória, eu iniciaria a reanimação”. N=76						
	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Sem opinião	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	Ranking Médio
Amostra total	33	13	10	11	8	2,30
2º ao 4º período	14	6	8	4	6	2,52
6º ao 8º período	13	3	0	4	0	1,75
10º período	6	4	2	3	2	2,11

Fonte: Acervo da Pesquisa

A assertiva 7 leva o participante a refletir sobre sua postura diante de uma situação de morte que envolve um familiar seu. O ranking médio foi de 2,30, ou seja, discordante. Predominaram as respostas “discordo totalmente” e “discordo parcialmente”. O p foi de 0,1881, considerado não significativo.

Tabela 8 – Resultados da Assertiva 8

Resultados da assertiva 8: “Considero que o grau de intensidade afetiva do médico frente ao paciente considerado terminal deve ser intenso”. N=76						
	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Sem opinião	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	Ranking Médio
Amostra total	12	32	7	23	2	2,61
2º ao 4º período	7	19	1	12	0	2,46
6º ao 8º período	3	8	3	5	1	2,65
10º período	2	5	3	6	1	3,05

Fonte: Acervo da Pesquisa

A assertiva 8 questionava a percepção do acadêmico quanto a relação médico-paciente em casos graves ou terminais. O ranking médio foi de 2,61, considerado discordante. Cerca de 42,10% escolheram a opção “discordo parcialmente” e cerca de 30,26% escolheram “concordo parcialmente”. Além disso 15% discordaram totalmente e apenas 2,6% concordaram totalmente. O p foi 0,0304, ou seja, significativo.

4.DISCUSSÃO

A morte causa diferentes sentimentos que variam de acordo com cada indivíduo. Ela pode elucidar sentimentos profundos de angústia, já que não sabemos o que ou se ocorre algo após o óbito. Além disso, é comum o sentimento de algumas pessoas de terem medo de causarem algum transtorno para outras pessoas, no sentido de que precisariam de cuidados intensos no caso de uma doença terminal. O profissional da saúde é, nesse contexto, de extrema importância. A relação médico-paciente pode influenciar positiva ou negativamente o estado de saúde do paciente terminal. Assim, torna-se necessário o conhecimento acerca do preparo dos estudantes de medicina para lidarem com situações de morte, além da percepção que eles possuem quanto à temática. Para isso, os participantes responderam a 8 assertivas.

Dos 76 participantes da pesquisa, o presente estudo revelou que 51,31% (n=39) pertenciam ao sexo masculino, enquanto 49,69% (n=37) pertenciam ao sexo feminino. Essa distribuição é similar à de um estudo realizado com estudantes da UFPA, no qual 52,8% dos estudantes eram do sexo feminino enquanto 47,2% eram do sexo masculino. Assim, percebe-se uma distribuição bem equilibrada entre os sexos, evidenciando a relevante inserção da mulher na graduação médica. (NORONHA et AL, 2014) A idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 33, sendo que a idade média foi de 22,8 anos. A maioria dos participantes se concentrou na faixa de 18-25 anos (73,68%), sendo considerados adultos jovens. A segunda faixa mais recorrente foi a de 26-29 anos e a de 30-33 anos foi a que teve menor quantidade de alunos. A idade dos alunos é condizente com um estudo realizado no Rio Grande do Norte sobre o perfil dos estudantes de Medicina, que demonstrou que 76,4% dos alunos tinham entre 18 a 24 anos. (FILHO et AL, 2015) Quanto a opção religiosa, foi notória a quantidade de alunos que se declarou pertencentes a religião católica e evangélica, sendo encontrado, para cada uma dessas religiões, o percentual de 39,47%. Destacou-se também o percentual significativo de alunos que se consideravam ateus ou agnósticos, o que pode estar relacionado com o aumento de ateus e agnósticos na população geral do país ou pode refletir a perda de fiéis que tem ocorrido na religião católica para outras religiões e também para o ateísmo (ALVES et AL, 2017). Ademais, quando questionados sobre com quem viviam, cerca de 53,9% responderam que moravam sozinhos. Dos que moravam com outras pessoas, 26,31% alegaram viver com familiares, enquanto 14,41% afirmaram morar com amigos. Apenas 3,94% dos alunos afirmaram morar com companheiro. Essa quantidade considerável de alunos que alegam morar sozinhos pode ser atribuída ao fato de que a maioria dos alunos de medicina da UEPA-Campus VIII precedem de outras cidades do estado do Pará ou de outros estados.

A importância de o paciente saber de sua doença, independente da sua gravidade, foi a assertiva que obteve o ranking médio mais próximo de 5 (tabela 1). Cerca de 61% dos estudantes marcaram a resposta “concordo totalmente”, 37,3% responderam “concordo parcialmente” e apenas uma pessoa respondeu “sem opinião”. Assim, entende-se que a grande maioria é a favor que o paciente saiba da sua condição, ainda que esta seja grave. Isso demonstra uma mudança na relação médico-paciente, já que antigamente percebia-se uma grande dificuldade tanto dos estudantes como dos médicos em admitir um prognóstico ruim, já que a morte ou uma doença que possivelmente conduzirá a esse fim causa neles um sentimento de derrota e fracasso, o que muitas vezes levava esses profissionais a não revelar completamente esse

prognóstico ou ocultar informações importante para o paciente. (MENDES et AL, 2009) Além disso, um estudo realizado por Marta et Al (2009) demonstrou que alguns médicos ainda resistem em informar o diagnóstico e para isso fazem uso de termos técnicos durante a notícia, o que dificulta o entendimento do paciente. No entanto, esse estudo demonstrou que a maioria (68%) dos alunos de sua pesquisa acredita que o paciente deve ter pleno conhecimento de sua condição. Isso demonstra que há uma mudança em curso quanto a essa situação. Vale ressaltar que de acordo com o código de ética médica, não é permitido ao médico deixar de informar ao paciente sobre seu diagnóstico ou prognóstico e tratamento de forma clara.

Os resultados da tabela 2 tiveram um ranking médio de amostra total de 3,21, próximo ao ponto neutro, mas ainda considerado concordante. Isso demonstra que houve uma preferência dos estudantes pelas respostas “Concordo parcialmente”, com 36,84% dos participantes escolhendo essa opção, e “Discordo parcialmente”, que foi escolhida por cerca de 47,36% dos participantes. Assim, os participantes concordavam, seja em maior ou menor grau, da assertiva, considerando que o paciente, de algum modo, pode ter uma piora de estado depois que sabe que sua condição é grave. É importante notar a importância da esperança para o paciente no sustento de sua condição psicológica, o que pode melhorar a sua condição física também. Quando o paciente recebe um prognóstico de uma doença incurável e/ou dolorosa, é lógico pensar que esse paciente pode ter uma piora de seu estado. (MENDES et AL, 2009). Um estudo publicado pelo INCA demonstrou que a incidência de ansiedade, depressão e outros transtornos psicológicos em pacientes com câncer é maior do que na população geral, alertando também para o fato de que o diagnóstico de câncer aumenta o risco desses transtornos em ambos os sexos, independente da faixa etária. Outro fator que foi destacado nesse estudo e merece ser citado é o fato de que essas doenças não são diagnosticadas e conseqüentemente não são tratadas, o que evidencia a importância de os médicos estarem mais atentos a possibilidade de um diagnóstico ou prognóstico ruim estar diretamente correlacionado com o aparecimento de transtornos psicológicos e/ou a piora do estado geral do paciente. (FERREIRA et AL, 2017)

A tabela 3 mostra os resultados acerca da percepção dos estudantes sobre seu preparo para lidar com a morte e o processo de morrer. Houve uma predominância das respostas “discordo parcialmente” com 30,26% e a mesma porcentagem para “concordo parcialmente”. Houve também uma quantidade notória de pessoas que responderam “sem opinião”, de 6,5%, o que seria equivalente a “não sei”. Do total de participantes, 23,6% concordaram totalmente e 10,5% discordaram totalmente da assertiva. O ranking médio foi de 3,26, ou seja, próximo ao ponto neutro, mas ainda concordante. Dessa forma, entende-se que a maioria dos participantes concordaram, em algum grau, que estavam preparados para lidar com a morte e o morrer. No entanto, a literatura aponta para despreparo dos estudantes e profissionais. O estudo realizado por Marta et Al (2009) apontou lacunas nesse preparo como a inadequada capacitação para lidar com a terminalidade da vida e o desconforto no tratamento de pacientes terminais. Além disso, esse estudo demonstrou também que apesar de haver um despreparo, especialmente no caso de médicos recém-formados, eles se julgam onipotentemente preparados para lidar com situações de morte. Essa falta de autoconsciência quanto às suas limitações pode causar prejuízos não apenas ao médico, por meio de frustrações, como também ao paciente.

A assertiva 4 também abrange a questão do preparo dos estudantes. Nela, era questionado se o aluno havia recebido algum tipo de preparo durante a graduação. O ranking médio foi de 3,76 sendo considerado concordante (tabela 4). Predominaram as respostas “concordo totalmente”, com 28,9% das respostas, e “concordo parcialmente” com 48,6%. Aproximadamente 15% responderam que discordavam parcialmente. Foi notória no caso dessa assertiva a uniformidade das respostas entre os diferentes grupos, mantendo o padrão. Entende-se assim que os alunos que estavam em períodos mais avançados, diferente do que se poderia pensar, não percebiam um preparo melhor do que os alunos de períodos mais precoces. O método de ensino que é utilizado pela UEPA é o Problem Based Learning (PBL), uma metodologia ativa que oferece em sua grade curricular os eixos de Humanidades Médicas e Bioética. Essas disciplinas têm como objetivo oferecer as bases emocionais, éticas e psíquicas para que os estudantes estejam preparados para lidar com diversos fundamentos inerentes a profissão médica, inclusive a relação médico-paciente em casos terminais e atitudes diante de situações de morte. Essas disciplinas são oferecidas nos primeiros períodos do curso e talvez, por isso, não houve grande diferença entre as respostas dos grupos.

Nessa assertiva, houve grande diferença entre as respostas, já que muitos alunos (36,8%) optaram por “concordo totalmente” enquanto uma quantidade considerável respondeu “discordo totalmente”, com 23,6% das respostas. Aproximadamente 18% optaram pela resposta “concordo parcialmente” e 11,8% responderam “discordo parcialmente”. Destaca-se também que 9,2% dos participantes alegaram não ter opinião. Nessa assertiva, houve notável diferença entre as respostas do grupo de alunos dos períodos mais precoces (2° e 4°), no qual 30% discordaram totalmente da assertiva, enquanto nos grupos de alunos em

períodos mais avançados esse percentual ficou em torno de 15%. Isso pode estar relacionado com uma maior ocorrência de alunos ateus e agnósticos que estão cursando o 2º e 4º período.

Um estudo realizado na UFMT apontou que quase 90% dos estudantes de medicina dessa universidade acreditavam que a religiosidade e/ou espiritualidade conferiam resistência em momentos difíceis. Cerca de 85% desses acadêmicos também acreditavam que ter espiritualidade poderia conferir benefícios à saúde. (ZANETTI et AL, 2018). Uma pesquisa realizada em um programa de hemodiálise de um hospital público universitário do Rio de Janeiro demonstrou que 25% dos médicos afirmaram que suas crenças religiosas emergiam em situações relacionadas à morte. A crença religiosa nesse sentido pode interferir até mesmo na decisão quanto a persistência em determinado tratamento ou procedimento que prolongue a vida do paciente. Tal estudo trouxe ainda uma porcentagem considerável de 80% quando os médicos foram questionados se tinham crenças religiosas e se elas eram úteis no seu trabalho. Nesse caso, do ponto de vista de alguns participantes, foi relatado que a fé poderia auxiliar em decisões difíceis, sobre a conduta a ser tomada e aumentar a tranquilidade diante de uma situação mais tensa. A espiritualidade também foi relacionada a habilidade de se ter empatia e cuidar do paciente de forma mais humana. Outro ponto a ser destacado é quanto à abordagem do médico quanto às crenças do paciente. Esse estudo apontou que 35% dos profissionais preferem fazer esse tipo de abordagem em situações especiais, geralmente quando o paciente está deprimido, com uma doença grave e/ou terminal e quando não quer aderir ao tratamento. (PINTO et AL, 2014)

A assertiva 6 e 7 abordavam as atitudes do estudante de medicina diante de situações de morte. Na assertiva 6, foi solicitado que o aluno respondesse se, em caso de uma parada cardiorrespiratória, ele gostaria de ser ressuscitado. O ranking médio foi de 3,42, predominando as respostas de “concordo totalmente” e “discordo totalmente”. Aproximadamente 42% dos participantes responderam que gostariam de ser reanimados, enquanto 27,6% discordaram totalmente, logo, não gostariam de ser. O estudo realizado por Marta et Al (2009) apontou que 55% dos alunos dessa pesquisa responderam que certamente ou provavelmente gostariam de ser reanimados, enquanto 45% provavelmente ou certamente não gostariam. Assim, percebe-se uma divergência considerável de opinião entre os alunos, o que é coerente com a polêmica em torno do assunto reanimação e o prolongamento da vida de um paciente terminal.

A assertiva 7 abordava o tipo de atitude do estudante diante do caso de uma parada cardiorrespiratória e a realização ou não da ressuscitação em um ente querido. O ranking médio foi de 2,30, ou seja, discordante. Predominaram as respostas “discordo totalmente”, com cerca de 43% e “discordo parcialmente”, com 17% das respostas. Essa taxa de aproximadamente 60% de alunos que afirmam que respeitaram a decisão do seu familiar de não ser ressuscitado vai ao encontro dos resultados obtidos pela pesquisa realizada por Marta et Al (2009) em que 62% dos estudantes afirmam que respeitariam a ordem de não ressuscitação de seus entes queridos. Por outro lado, um estudo com médicos do estado de Santa Catarina obteve quase uma totalidade (92%) de respostas positivas quando foram questionados se aceitariam uma ordem de não ressuscitação (ONR) de familiares seus. Esse mesmo estudo também apontou que a maioria absoluta (94%) dos médicos gostaria que sua manifestação prévia fosse levada em consideração caso tivessem uma doença terminal e ocorresse uma parada cardiorrespiratória. (PUTZEL et AL, 2016). Essa diferença de respostas entre estudantes de graduação e profissionais pode ser atribuída a maior experiência dos médicos com situações que envolvem a decisão acerca da ressuscitação, além do maior conhecimento acerca dos aspectos éticos e legais envolvidos nessa questão.

A última assertiva dizia respeito ao grau de intensidade afetiva envolvida na relação médico-paciente nos casos terminais. O ranking médio foi de 2,61, considerado discordante. Cerca de 30% escolheram a opção “discordo parcialmente” e cerca de 42% escolheram “concordo parcialmente”. Aproximadamente 15% dos participantes discordaram totalmente. Desse modo, nota-se que a maioria dos participantes acredita que a relação médico-paciente não deve envolver afetividade intensa nos casos terminais. Um estudo realizado com pacientes da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas aponta que a relação médico-paciente nos casos terminais, especialmente em pacientes oncológicos, pode gerar mais expectativas da parte do paciente do que em outros tipos de enfermidades. Além disso, esse estudo mostrou que cerca de 23% dos pacientes apontaram algum tipo de conflito na relação médico-paciente, além de destacarem habilidades que esperavam que o médico apresentasse como diálogo, empatia e polidez. (BASTOS et AL, 2017). Vale ressaltar que culturalmente o médico foi treinado para pensar na morte como um fracasso ou algo que deve ser evitado a todo custo e algumas vezes o paciente terminal pode ser visto como uma oportunidade de se testar formas terapêuticas supostamente inovadoras, o que retira do paciente sua condição de uma pessoa comum com sentimentos, medos e anseios e prejudica a relação médico-paciente. (SILVA et AL, 2011) Assim, manter um certo distanciamento do paciente poderia ser uma forma – consciente ou subconsciente – do médico ou

estudante de medicina se resguardar de possíveis frustrações caso a terapia não ser satisfatória ou somente pelo fato de o paciente vir a óbito. Tais fatores podem explicar, de certa forma, a tendência dos estudantes em acreditar que a relação médico-paciente não deve envolver muita afetividade.

5. CONCLUSÃO

Por meio da realização desse estudo foi possível traçar um perfil dos estudantes de Medicina da Universidade do Estado do Pará que se assemelhou com o de estudantes de universidades de outras regiões. Foi apontado que há uma distribuição bem equilibrada entre o sexo feminino e masculino e que a maioria dos estudantes se encontra na faixa etária de adultos jovens, entre 18 a 25 anos. Além disso, a maioria deles apresentava alguma crença religiosa, principalmente a católica e evangélica, porém a parcela de estudantes que se consideram ateus e agnósticos também foi significativa. Uma quantidade considerável dos alunos alegou morar sozinho, o que atribuímos ao fato de não serem naturais da cidade de Marabá (PA).

Além disso, a partir das respostas do questionário foi possível criar um panorama a respeito da percepção dos estudantes sobre situações de morte e o preparo para lidar com ela. A maioria dos alunos considera que é importante o paciente ter conhecimento da gravidade da sua doença, o que é condizente com outros estudos e apresenta coesão com o código de ética médica. Os estudantes não concordaram totalmente quando questionados se o paciente apresentava piora de estado ao saber do seu estado de saúde. Quanto à percepção que tinham de seu preparo atual e se receberam esse preparo durante a graduação, a maioria acreditava que estava preparado para lidar com situações de morte o que foi de encontro a outros estudos nos quais estudantes e médicos apresentaram respostas similares.

No entanto, a literatura mostra que essa percepção pode ser fruto de falta de autoconhecimento e que o preparo dos alunos não é ainda completamente satisfatório. Quando o assunto foi direcionado para a necessidade de fé ou crença religiosa para o profissional de saúde lidar com situações de morte, as respostas diferiram muito, o que pode ser explicado pela diversidade de crenças dos estudantes. Quanto às atitudes diante de situações de ressuscitação, a maioria dos estudantes alegou que respeitaria a Ordem de Não Ressuscitação, ainda que o paciente fosse um familiar seu. Por fim, a maioria dos alunos não acredita que o nível de afetividade deve ser intenso em relação médico-paciente terminal.

Portanto, esperamos com essa pesquisa chamar a atenção dos docentes, gestores e comunidade acadêmica geral para a importância do médico e outros profissionais da área da saúde estarem preparados para lidar com a morte e o morrer. Nesse sentido, metodologia empregada pela Universidade do Estado do Pará pode ser uma aliada, já que permite ao estudante uma reflexão mais profunda e um olhar mais crítico acerca do tema, o que pode ser facilitado com o auxílio dos tutores. Há ainda a maior inserção do estudante em ambientes hospitalares já nos primeiros períodos do curso com a possibilidade de buscar aprimorar uma relação médico-paciente satisfatória desde o começo da graduação, o que por fim, trará benefícios sociais, emocionais e psicológicos tanto para os pacientes como para os futuros médicos.

REFERÊNCIAS:

- [1] ALBERTONI, L.I. ET AL. Análise qualitativa do impacto da morte sobre os estudantes de medicina da faculdade de medicina de são José do rio preto. ARQ CIÊNC SAÚDE. 20(2), 49-52, ABR/JUN, 2013
- [2] ALVES, J. A. et al. Distribuição espacial da transição religiosa no Brasil. Rev.de sociologia da USP, 29(2), 215-242, 2017.
- A. ARIÈS, P. A história da morte no ocidente. Rio de Janeiro: Francisco Alves;2003. P.22.
- [3] AZEREDO, N.S. et al. A Morte na Educação Médica Rev.Br.Ed.Méd, 35 (1), 37-43, 2011.
- [4] BASTOS, L.O. et.al. Relação médico-paciente na oncologia: estudo a partir da perspectiva do paciente. Rev. bioét, 25 (3), 563-76, 2017.
- [5] BRASIL, Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, 2014.
- [6] CALASANS, C.R et al. Refletindo Sobre a Morte com Acadêmicos de Medicina. Rev.Br.de Neurologia e Psiquiatria. 18(1), 34-57, Jan/Abr, 2014.
- [7] CARDOSO , F.A et al. Perfil do estudante de medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Rev. bras.educ.med, 39 (1), 32-40, 2015.
- [8] COSTA, E.F. et al. Sintomas depressivos entre internos de medicina em uma universidade pública brasileira. Rev Assoc Med Bras. 58(1), 53-59, 2012.

- [9] COSTA, L.S; PEREIRA, C.A. O abuso como causa evitável de estresse entre estudantes de medicina. *Rev.Bras.Educ.Méd.* 29(3),185-190,2005.
- [10] EIZIRIK, C.L. et al O médico, o estudante de Medicina e a morte. *Rev.AMRIGS*, Porto Alegre, 44 (1,2): 50-55, jan.-jun. 2000.
- [11] FERREIRA, A.S, et al. Prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos e Identificação de Variáveis Predisponentes. *Rev.Bra.de Cancerologia*, 62(4), 321-328, 2016.
- [12] FIASCHITELLO, A. O Perigo de Não Tratar as Origens Psicológicas das Doenças. *The Epoch Times*, 2014.
- [13] FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: GRAAL; 2003. P. 23-24.
- [14] KOVÁCS, M.J. Educação para morte. *REV. PSICOL.COENC.PROF*, V25, N.3.,BRASÍLIA, 2005.
- [15] LIMA, M.L. *Bioética e o fim da vida: O debate sobre a tomada de decisão, às portas do infinito*. 69 f, 2013. Dissertação (bioética, ética aplicada e saúde coletiva) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
- [16] MARTA, G.N. et al. O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente a morte e o morrer. *Rev. bras.educ.med*, 33 (3), 416 - 427, 2009.
- [17] MENDES, J.A. et al. Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Rev. SBPH*, 12 (1), Rio de Janeiro, 2009.
- [18] MORITZ, R D. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Rev. Bioética*, 13(2):51-63, 2015.
- [19] NORONHA, M.A. et al. Motivações e expectativas dos calouros de medicina. *Rev.Paraense de Medicina*, 28 (1), janeiro/março, 2014.
- [20] OPAS/OMS BRASIL. Quase metade de todas as mortes no mundo tem agora uma causa registrada, 2017.
- [21] PACHECO, J.P. et al . Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 39(4), 369-378, 2017.
- [22] PINTO, A.N; MORAIS, E.B. Religiosidade no contexto médico: entre a receptividade e o silêncio. *Rev. bras.educ.med*, 38 (1), 38-46, 2014.
- [23] PUTZEL, E.L. et.al. Ordem de não reanimar pacientes em fase terminal sob a perspectiva de médicos. *Rev. bioét*, 24 (3), 596-602, 2016.
- [24] SIQUEIRA, B.R. Eutanásia e compaixão. *Rev Bras Cancerol*, 50(4), 334- 40, 2004.
- [25] SILVA, L.C; MENDONÇA, A.R. A terminalidade da vida e o médico: as implicações bioéticas da relação médico-paciente terminal. *Geriatrics & Gerontologia*, 5(1), 24-30, 2011.
- [26] TRINDADE, L.M; VIEIRA, M.J. O aluno de medicina e estratégias de enfrentamento no atendimento ao paciente. *Rev. Bras.Ed.Médica*. 37 (2), 167-177, 2013.
- [27] ZANETTI, G.L. et al. Percepção de Acadêmicos de Medicina e de Outras Áreas da Saúde e Humanas (Ligadas à Saúde) sobre as Relações entre Espiritualidade, Religiosidade e Saúde. *Rev. bras.educ.med*, 42 (1), 62 - 72 ; 2018.

Capítulo 12

Atuação de uma equipe multiprofissional de residentes no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF)

Giselle da Silva Tavares Costa

Suellen Moura Rocha Ferezin

Erika de Sousa Silva

Sabrina Maciel Nascimento

Mayara Viana de Lima

Resumo: O presente trabalho objetiva relatar a experiência de uma equipe de residência multiprofissional inserida no NASF, o grupo foi formado por seis profissionais residentes (de enfermagem, educação física, fisioterapia, psicologia e serviço social) da turma 2018/2020 do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: Atenção Integral na Saúde Funcional em Doenças Neurológicas atuantes no NASF durante quatro meses.

Palavras-chave: Equipe multiprofissional, atenção primária à saúde, qualificação profissional.

INTRODUÇÃO

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da atenção básica no Brasil e configura-se como equipe multiprofissional que atua de forma integrada com as Equipes de Saúde da Família (ESF). As residências multiprofissionais são uma modalidade de ensino de pós-graduação orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades regionais.

O presente trabalho objetiva relatar a experiência de uma equipe de residência multiprofissional inserida no NASF, o grupo foi formado por seis profissionais residentes (de enfermagem, educação física, fisioterapia, psicologia e serviço social) da turma 2018/2020 do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: Atenção Integral na Saúde Funcional em Doenças Neurológicas atuantes no NASF durante quatro meses.

DESENVOLVIMENTO

O NASF está inserido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na zona leste de Manaus, com equipe composta por dois assistentes sociais, um fisioterapeuta, um profissional de educação física, um terapeuta ocupacional e um psicólogo.

Durante o tempo de atuação foi possível desenvolver atividades multiprofissionais em consonância com as programações pré-estabelecidas e, conforme necessidade, atendimentos uniprofissionais, visto que a demanda populacional e da área de abrangência sobrecarregava os profissionais do NASF.

Foram realizadas programações voltadas à comunidade e aos profissionais da unidade, como ações de promoção à saúde na UBS e escolas, visitas domiciliares, desenvolvimento de plano terapêutico singular, apoio ao grupo de grávidas, educação permanente e atividades de prevenção e promoção à saúde do trabalhador.

RESULTADOS

Como resultado das ações notou-se maior aproximação da comunidade à UBS e melhora na comunicação entre os usuários e profissionais. Contudo, mesmo com diretrizes bem definidas e abrangentes, existem lacunas nesse processo e há desafios a serem vencidos como a realização da prática interdisciplinar no que refere-se ao apoio matricial, falta de conhecimento do território e diagnóstico sócio epidemiológico da população e o isolamento do NASF dos demais atores pertencentes ao sistema de saúde, incluindo a falta de apoio por parte das instâncias superiores e inadequadas condições de trabalho.

No que se refere ao crescimento profissional de residentes em formação a experiência foi de grande valia para a compreensão dos níveis de complexidade em saúde, ressaltando que a atuação eficaz na atenção básica gera impacto direto na população-alvo do programa (pacientes neurológicos), além de fortificar o olhar multiprofissional ao promover saúde e prevenir agravos.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo Ampliado de Saúde da família. Brasília, [2019?]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf>. Acesso em: 02 out. 2019.
- [2] Brasil. Ministério da Educação. Residência Multiprofissional. Brasília, [2019?]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>. Acesso em: 02 out. 2019.
- [3] Santos, Irani Gomes dos; Batista, Nildo Alves; Devincenzi, Macarena Urrestarazu. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: concepção de profissionais de saúde sobre a atuação do nutricionista. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 19, p. 349-360, 2015.es.

Capítulo 13

O enfermeiro na saúde coletiva brasileira: Uma revisão de literatura

Lauany Silva de Medeiros

Karen Silva de Castro

Michele Pinheiro Ferreira

Nayara Fernanda Alves Moreira

Keise Helaine Moreira da Silva Pinto

Sâmara Cristina Souto de Almeida

Resumo: A atuação do enfermeiro é diversificada e para que ele exerça todas as suas funções, na saúde coletiva, necessita possuir conhecimentos prévios, assim, conseguindo entender o processo de saúde e doença e seus determinantes, caso não os detenha, o profissional irá desenvolver apenas modelos medicamentosos pré-determinados, dessa maneira, não solucionando a problemática questão. Levando isto em consideração, este trabalho tem por objetivo analisar e descrever, de forma concisa, o papel do enfermeiro na saúde coletiva brasileira; além de examinar as principais vertentes da área de estudo. Para isto, utilizou-se uma pesquisa que se caracterizou por ser uma revisão bibliográfica de cunho descritivo, sendo que foram indexados termos como: saúde coletiva, papel do profissional enfermeiro, enfermagem em saúde comunitária. Nas plataformas de busca online PubMed, Google Acadêmico, Scielo e Lilacs nos meses de outubro a novembro de 2019, desse modo, obtendo-se após criteriosa análise cerca de 10 artigos. Dessa maneira, constatou-se que o enfermeiro tem elevada importância na saúde coletiva brasileira e grandes possibilidades de atuação, que ainda vêm se ampliando, percebeu-se que as matérias que são expostas nas instituições de ensino são adequadas para a construção deste profissional, entretanto, as elevadas incumbências do curso fazem com que os acadêmicos não consigam destrinchar o conteúdo, não o compreendendo em sua completude e, por fim, não percebendo a sua real função, que tornar-se-á ineficiente. Portanto, chegamos à conclusão que para melhor envolvimento do enfermeiro na saúde coletiva, precisa-se haver maior aprofundamento teórico e prático nesse campo da saúde, além de educação continuada, para que assim se consiga aplicar os conceitos na realidade da população.

Palavras-chave: Papel do Profissional de Enfermagem, Saúde Coletiva, Enfermagem em Saúde Comunitária; Revisão Sistemática.

1. INTRODUÇÃO

Segundo Regis & Batista (2015), “Saúde coletiva pode ser entendida como uma área da saúde essencialmente multidisciplinar, cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração da saúde e as ciências sociais em saúde.” Logo, conseqüentemente, a saúde coletiva caracteriza-se pela união das ações sociais importantes para a formação de um todo, de modo que se estabeleça um contexto e, assim, ela torna-se historicamente e socialmente determinada. (EGRY 1996; SANTOS, ET AL. 1999; REGIS & BATISTA, 2015).

À vista disso, a fim de que houvesse uma integralidade do atendimento, como se preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS), fez-se necessário a criação de uma extensão para as ações na atenção primária formando a Atenção Básica em Saúde (ABS). Desse modo, os serviços de enfermagem, passaram a ser executadas, como um trabalho coletivo combinado com as demais áreas. (MAGALHAES & VIERA, 2011; SANTOS et al. 1999; SANTOS, et al. 1999).

Destarte, a atuação desse profissional na saúde coletiva é variada, como prever o decreto n 94.406/87 que afirma que as ações do enfermeiro incluem além dos cuidados para com a comunidade, as práticas administrativas, as educativas e a atuação no planejamento das estratégias em saúde. Dessa maneira, o enfermeiro tem encontrado grande abertura profissional nessa área. (SANTOS, et al. 1999).

Entretanto, a atuação no SUS e nos EAS não afirma que o enfermeiro efetue as noções de saúde coletiva, pois, para isso, necessita-se que haja conhecimentos prévios, para que se possa empreender o processo de saúde e doença e seus determinantes, caso isto não ocorra, o profissional irá desenvolver apenas modelos medicamentosos pré-determinados, assim, não solucionando a problemática questão. Isto ocorre, segundo Regis & Batista (2015), devido a defeitos no projeto político pedagógico do curso. Dessa forma, esta obra busca analisar e descrever de forma concisa o papel do enfermeiro na saúde coletiva brasileira, além de examinar as principais vertentes da área de estudo.

2. METODOLOGIA

O estudo se caracteriza por uma obtenção de dados realizada a partir de fontes secundárias, por meio, de levantamento bibliográfico de caráter descritivo, sobre o papel do profissional enfermeiro na saúde coletiva brasileira, sendo utilizadas três plataformas de busca online: PubMed, Google Acadêmico e Scielo. Desse modo, busca-se os seguintes descritores: papel do profissional de enfermagem, saúde coletiva, enfermagem em saúde comunitária.

A partir disso, fora empregado como critério de inclusão artigos com limite de tempo indefinido, em português e espanhol, com delineamento descritivo e qualitativo de levantamento normativo ou de análise de temáticas voltadas para as áreas de atuação do enfermeiro, como critérios de exclusão aplicou-se artigos que não se enquadravam nos critérios de inclusão.

Houve então, na primeira fase, uma leitura dos resumos dos artigos, dos quais 22 foram pré-selecionados e posteriormente lidos, destes permanecendo 11 artigos – tabela 1. Em seguida, realizou-se uma releitura exaustiva dos materiais selecionados e registro das partes mais relevantes, para que ocorresse melhor compreensão e se conseguisse englobar todas as vertentes por eles expostas. A terceira fase caracterizou-se pela formulação do artigo.

Tabela 1: Relação de artigos utilizados no estudo.

Autores	ANO	Título
BACKES, D.S.; et al.,	2012	O papel profissional do enfermeiro no SUS: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família
BARBOSA, M.A et al.,	2004	Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva
EGRY, E.	2005	Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem
ERDMANN, A. L; et al.	2009	A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas.
MAGALHÃES, R.V; VIEIRA, L. J.	2011	Os desafios da prática do enfermeiro inserido no programa saúde da família
MATUMOTO, Silvia, et al.	2001	Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem.
PEREIRA, J. C.	2000	Medicina, saúde e sociedade.
REGIS, C. G. & BATISTA, N. A.	2015	O enfermeiro na área da saúde coletiva: concepções e competências.
ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P.	2000	O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade.
SANTOS, B. R. L; et al.	2000	O trabalho em saúde coletiva e a enfermagem: concepções dos gerentes das unidades de saúde.
SANTOS, B. R. L; et al.	2000	O trabalho em saúde coletiva e a enfermagem: concepções dos gerentes das unidades de saúde.

Fonte: Acervo do autor, 2019.

3.RESULTADOS

De um modo geral, os artigos analisados divergem sobre as possibilidades do enfermeiro na saúde coletiva, haja vista, que alguns expõem como hábil a realização das ações de enfermagem nesta área em questão (BACKES, et al. 2008; BARBOSA, et al. 2004). Entretanto, outros apontam para o entendimento de que haveria outros campos dentro desse meio, no qual o profissional deveria empenhar-se em se aprimorar, assim, tais campanhas satisfariam algumas lacunas da saúde brasileira. (REGIS & BATISTA, et al. 2015; ROCHA & ALMEIDA, 2000).

Dessa forma, segundo Matumoto, et al. (2001), as ações de saúde pública são mecanismos utilizados para intervir nos fatores que determinam o processo de saúde e doença, intervindo nos ciclos patológicos e evitando ou diminuindo os seus riscos através de promoção, tratamento e reabilitação do indivíduo. Sendo assim, segundo Pereira (2006) a saúde coletiva preocupar-se com o ente em si e coletividade na qual habita. (MATUMOTO et al. 2001; PEREIRA, 2006)

Entretanto, segundo Regis & Batista (2015), em seu desenvolvimento como política, a saúde coletiva diferenciou-se da pública, “ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde entendendo que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa”. Pode-se entender, destarte, que ela é um campo altamente diversificado. (ROCHA & ALMEIDA, 2000; REGIS & BATISTA, 2015)

Logo, por ser uma área bastante diversificada, a enfermagem encontrou um amplo espaço para propor intervenções. Assim, na visão de Joseph Schumpeter, o enfermeiro deve ser um empreendedor da saúde coletiva, reproduzindo o novo e, não obrigatoriamente, aquele que o cria, assim, tendo como competências básicas a de educador e gerente. (ALMEIDA, 1999; ERDMANN, et al. 2009)

Dessa maneira espera-se muito do profissional enfermeiro, o que no decorrer da universidade é exposto teoricamente, porém a prática do processo não é normalmente demonstrada. O que Barbosa (2004) discorda

“Os enfermeiros recebem em sua formação acadêmica, fundamentação teórica e prática de como administrar e coordenar serviços de saúde. Estes conteúdos estão incluídos nas disciplinas do curso de graduação, e com as novas políticas implantadas no estado a grade curricular foi aprimorada com o objetivo de dar mais ênfase no preparo dos futuros enfermeiros que irão assistir nessa área”. (BARBOSA, *et al.* 2004).

Entretanto, pela perspectiva de Carvalho, abordada por Regis & Batista (2015):

“[...] a grande carga de leitura necessária na formação inicial ou na educação permanente do enfermeiro por vezes é entendida como dificultadora para a aproximação e o aprofundamento na área. Isto resulta no retorno a um trabalho

mais técnico, focado em rotinas. Portanto, é necessário que o ensino supere o paradigma biologista e estabeleça intercruzamentos com a psicologia, as ciências sociais e humanas [...] para uma reforma da educação não apenas instrumental, mas de projeto político-pedagógico”. (CARVALHO, et al. 2012, apud REGIS & BATISTA 2015).”

Entende-se assim que as matérias que são expostas nas instituições de ensino são adequadas para a construção dos enfermeiros, entretanto as elevadas incumbências do curso fazem com que os acadêmicos não consigam destrinchar o conteúdo, não o compreendendo em sua completude e, por fim, não percebendo a sua real função, que tornar-se-á ineficiente.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Recapitulando todos os temas abordados neste artigo, percebe-se que o enfermeiro é fundamental para a criação, divulgação, ampliação e aplicação de ações para saúde coletiva. Contudo o mesmo necessita empreender a sua real função como agente básico para a promoção de tais políticas, e perceber que suas atitudes mesmo nas ABS irão influenciar toda uma cadeia de esforços de outros profissionais também empenhados para a melhoria da saúde pública brasileira.

Constata-se assim, que a busca por discernimento é essencial para a atuação do enfermeiro na saúde atual, tendo em vista que devido a globalização, o conhecimento constantemente vem atualizando-se. Infere-se então, que a construção desse profissional atualmente não termina com a sua formação na graduação e sim perpassa por longo de toda a sua vida profissional, sendo então necessária a formação continuada para que estes profissionais possam discutir e aprofundar conhecimentos e assim fornecer uma assistência para a comunidade com qualidade.

REFERÊNCIAS

- [1] Backes, Dirce Stein; Backes, Marli Stein; Erdmann, Alacoque Lorenzini; Busche, Andreas. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. Ed. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 01, p. 223-230, 2012.
- [2] Barbosa, Maria Alves; Medeiros, Marcelo; Prado, Marinésia Aparecida; Bachion, Maria Márcia; Brasil, Virginia Visconde. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. Ed. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 01, p. 09-15, 2004.
- [3] Disponível em: portalms.saude.gov.br. acessado 23/10/2019.
- [4] Egry, Emiko. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. Ed. Ícone, São Paulo, 1996.
- [5] Egry, Emiko Yoshikawa; Fonseca, Rosa Maria Godoy Serpa; Bertolozzi, Maria Rita; Oliveira, Maria Amélia Campos; Takahashi, Renata Ferreira. Construindo o conhecimento em saúde coletiva: uma análise das teses e dissertações produzidas. Ed. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, v. 39, n. especial, p. 544-552, 2005
- [6] Erdmann, Alacoque Lorenzini; Fernandes, Juliana Vieira; Melo, Cecília; Carvalho, Bruna Ré; Menezes, Quézia; Freitas, Roberta; Emarinony, Eduardo; Backes, Marli, Terezinha Stein. A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. Ed. Ufsc, Florianópolis, 2009.
- [7] Magalhães, Roberta Viegas; Vieira, Lúcio José. Os desafios da prática do enfermeiro inserido no Programa Saúde da Família. Ed. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, p. 563-569, out-dez, 2011.
- [8] Matumoto, Silvia; Mishima, Silvana Martins; Pinto, Ione Carvalho. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. Ed. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n. 01, p. 233-241, jan-fev, 2001.
- [9] Pereira, J. C. Medicina, saúde e sociedade. Estudos de Saúde Coletiva. Ed. São Paulo. 1986.
- [10] Regis, C. G. Batista, N. A. O enfermeiro na área da saúde coletiva: concepções e competências. Ed. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 05, n. 2, pag. 830-636, 2015.
- [11] Rocha, S.M.M.; Almeida, M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Ed. Revista Latino-Americana De Enfermagem, v. 8, n. 6, p. 96-101, Ribeirão Preto, 2000.
- [12] Santos, Beatriz Regina Lara; Paskulin, Lisiane Girardi; Rosa, Ninon Girardon; Witt, Regina Rigatto; Dias, Janaína Severo. O trabalho em saúde coletiva e a enfermagem: Concepções dos gerentes das unidades de saúde de porto alegre. Ed. Revista Gaúcha Enfermagem, v. 20, n. esp., p.102-112, Porto Alegre, 1999.

Capítulo 14

Atendimento humanizado em unidades de média e alta complexidade

Júlia Ribeiro Batista

Jaylen França Cunha

Benedito do Carmo Gomes Cantão

Eunice Lara dos Santos Cunha

Anderson Bentes de Lima

José Benedito dos Santos Batista Neto

Letícia Sousa do Nascimento

Isabelle Guerreiro de Oliveira

Orielson Costa de Leão

Resumo: Objetivou-se neste estudo analisar na literatura científica as produções sobre humanização da assistência de enfermagem em unidade de urgência e emergência. Trata-se de uma revisão de literatura, do tipo integrativa. Para a busca das produções, utilizou-se as bases de dados LILACS e SCIELO, por meio dos descritores: humanização da assistência; enfermagem e emergência. Foram analisados 10 artigos publicados no período de 2009 a 2014, de acordo com os critérios inclusivos. Os estudos foram agrupados e analisados por meio das categorias: formação humanista e o trabalho interdisciplinar para uma assistência humanizada; classificação de risco como uma estratégia de humanização da assistência. Conclui-se que a assistência humanizada contribui para a garantia do direito à saúde integral ao paciente, além de humanizar também o trabalho do enfermeiro (a).

Palavras chave: Humanização da Assistência. Enfermagem. Urgência. Emergência.

1. INTRODUÇÃO

A urgência e emergência apresentam características totalmente diferentes de outras unidades, que necessitam de serviços de alta complexidade no atendimento a pacientes com risco iminente de morte. Contudo, as tecnologias avançadas utilizadas nem sempre garantem a qualidade da assistência, pois há influência decisiva de fatores relacionados ao objeto e à força de trabalho nesse processo (CRISTINA, 2010).

E além dos procedimentos técnicos utilizados em situações de emergência, o acolhimento e a afetividades demonstradas pelos profissionais da saúde é decisivo para uma expectativa de que as ações sejam efetivas e satisfatórias (FELL; MATTÉ; CAMPO, 2010).

A assistência humanizada é o cuidado que se resgata dos pequenos e grandes eventos do dia a dia, que tornam o ser humano único e especial nos diferentes espaços e situações em que se encontra no sentido de prestar um atendimento personalizado, voltado não para a doença, mas para o ser que adocece (MACIAK; SADRI; SPIER, 2009).

No intuito de mudar as práticas e concepções sobre humanização na saúde, no Brasil, o Ministério da Saúde lançou em 2000, o Programa Nacional de Humanização na Assistência Hospitalar (PNHAH), atualmente inserido na Política Nacional de Humanização (HUMANIZA-SUS), com a finalidade principal de possibilitar aos usuários do SUS uma melhor assistência, baseada em ações que valorizam o contato e a troca de experiências entre os pacientes e os profissionais, garantindo assim, um atendimento humanizado (HUMANIZA-SUS, 2009).

1.1. JUSTIFICATIVA

Goulart (2010) afirma que não há como minimizar, ou mesmo, desprezar as importantes contribuições dos avanços tecnológicos. Porém, cada vez mais se constata que a dimensão humana, vivencial, psicológica e cultural da doença, assim como os padrões e as variabilidades na comunicação verbal e não-verbal, precisa ser considerada nas relações entre o profissional da saúde e os usuários, visto que é nesta relação que se legitima o processo de humanização.

Segundo Celich (2004), humanizar a saúde significa então, valorizar nas práticas o relacionamento entre o profissional e o paciente baseado no respeito e confiança, garantindo assim, a assistência equitativa e a dignidade do cliente.

1.2. OBJETIVO

Neste contexto, este artigo tem como objetivo analisar na literatura científica as produções sobre humanização da assistência de enfermagem em unidade de urgência e emergência.

2. METODOLOGIA

2.1. ABORDAGEM

Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura do tipo integrativa, a cerca do tema Humanização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Urgência e Emergência. A revisão integrativa é definida como método de pesquisa de dados secundários, na qual os estudos relacionados a um determinado assunto são sumarizados, permitindo-se obter conclusões gerais, devido reunião de vários estudos (GALVÃO; MENDES; SILVEIRA, 2010).

2.2. FONTE

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde LILACS e SCIELO com os seguintes descritores: humanização da assistência; enfermagem e emergência. O período de publicação dos artigos foi de 2009 a 2014. Foram encontrados 245 artigos, mas após a seleção destes por meio dos critérios de inclusão e exclusão, definiu-se selecionar apenas 10 para análise.

2.3. POPULAÇÃO

2.3.1. AMOSTRA

A amostra foi através das palavras-chave, que serviu de apoio para a seleção dos autores como uma linha de pensamento apropriado na temática abordada.

2.3.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Definiram-se como critérios de inclusão: artigos publicados em português; trabalhos na íntegra; publicados no período de 2009 a 2014; e que contribuíssem com a relevância temática.

2.4. TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Foram excluídos artigos que não se encaixavam no tema, com data de publicação fora do período estipulado, em outras línguas, bem como os trabalhos incompletos.

2.5. ANÁLISE DE DADOS

Para melhor compreensão dos resultados, os estudos foram agrupados e analisados por meio das categorias, a saber: Formação Humanista e o Trabalho Interdisciplinar para uma Assistência Humanizada; Classificação de Risco Como uma Estratégia de Humanização da Assistência.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura minuciosa dos 10 artigos selecionados, os resultados foram categorizados em duas temáticas: Formação Humanista e o Trabalho Interdisciplinar para uma Assistência Humanizada; Classificação de Risco como uma Estratégia de Humanização da Assistência. Os resultados serão analisados após a apresentação da tabela a seguir.

Tabela 01: Distribuição dos artigos selecionados de acordo com autor e ano de publicação, periódico, local de publicação e a metodologia.

Autor (ano)	Periódico	Local	Metodologia
Rossaneis, et al (2009)	Revista Eletrônica de Enfermagem	Paraná – Brasil	Estudo qualitativo
Maciak; Sandri; Spie (2009)	Cogitare Enfermagem	Paraná – Brasil	Estudo qualitativo
Versiani, et al (2012)	EFDesportes.com – Revista Digital	Buenos Aires - Argentina	Revisão de literatura
Andrade, et al (2013)	EFDesportes.com – Revista Digital	Buenos Aires - Argentina	Revisão de literatura
Souza, et al (2014)	Revista Intertexto	Rondônia – Brasil	Revisão de literatura
Gallo; Mello (2009)	Revista F@pciência	Paraná – Brasil	Revisão de literatura
Bellucci Júnior; Matsuda (2011)	Revista Gaúcha de Enfermagem	Rio Grande do Sul - Brasil	Revisão integrativa de literatura
Nascimento, et al (2011)	Revista de Enfermagem UERJ	Rio de Janeiro - Brasil	Estudo qualitativo
Woiski; Rocha (2010)	Esc Anna Nery Revista de Enfermagem	Rio de Janeiro - Brasil	Estudo qualitativo
Salomé; Martins; Espósito (2009)	Revista Brasileira de Enfermagem	Distrito Federal - Brasil	Estudo qualitativo

Fonte: Tabela elaborada pelos autores, 2019

3.1. PERFIL DOS ARTIGOS PESQUISADOS

Ao analisar os estudos encontrados, identificou-se que a maioria foram publicados em 2009 e 2011, com três publicações cada, seguidos dos anos de 2010, 2012, 2013 e 2014 com apenas uma publicação. Do total desses artigos, cinco possuem uma abordagem qualitativa com pesquisa de campo e cinco é revisão

de literatura.

De acordo com as publicações, as distribuições geográficas por localidade, destacaram-se: Paraná e Rio de Janeiro, com três e duas publicações, respectivamente. Seguidos de Roraima, Rio Grande do Sul e Distrito Federal que tiveram apenas um trabalho acerca dessa temática. Dois trabalhos foram publicados na Argentina.

3.2. FORMAÇÃO HUMANISTA E O TRABALHO INTERDISCIPLINAR PARA UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA

Em estudo sobre a percepção dos usuários do SUS a cerca da assistência de enfermagem recebida em um ambiente de urgência e emergência de um hospital público de referência para a região Oeste do Estado do Paraná foi revelado que apesar dos problemas apresentados durante o atendimento como deficiência na capacidade física do ambiente, bem como a alta rotatividade dos pacientes, os usuários informaram que a assistência da equipe de enfermagem é adequada. Isto incide diretamente numa assistência mais humanizada. Desta forma, Maciak, Sandri e Spie (2009) ressaltam sobre a importância do olhar de quem recebe o cuidado é que se pode avaliar o processo de trabalho obtendo informações para a ampliação ou manutenção da assistência de enfermagem humanizada. Reforça ainda que sobre a formação de um Grupo de Trabalho de Humanização no hospital, dentro da filosofia de humanização hospitalar.

Versiani et al. (2012) resalta sobre o resgate da formação humanística, tanto quanto a da capacitação em relacionamento interpessoal dos profissionais da enfermagem, pois consideram pontos básicos para a área da saúde, veiculando condutas para uma assistência mais empática, de qualidade, eficiência e confiabilidade. Afirmam que é através da busca insistente por uma assistência de qualidade que podem ser garantidos e transmitidos por pessoas capacitadas e instruídas, trabalhando em um serviço que incentive e motive seus profissionais a terem atitudes humanizadas.

Andrade et al. (2013) afirmam que há possibilidades de implantação de um processo assistencial humanizado em unidades de urgência e emergência, mesmo que a longo prazo, desde que este tema seja abordado na prática e não somente na literatura. Para isso devem ser desenvolvidos cursos de capacitação para as equipes de saúde com foco na assistência humanizada. O ideal é que na verdade esse processo de conscientização comece durante o processo de graduação, período em que os futuros profissionais de saúde estão sendo treinados e modelados para exercer tal função.

Gallo e Mello (2009) apontam para necessidade de treinamento das equipes de atendimento de profissionais de saúde, principalmente aqueles que possuem muitos anos de serviço e que estão acostumados com uma rotina, muitas vezes fria, centrada somente no cuidar, deixando de lado a função de assistir integralmente o doente e seus familiares. Por outro lado, destaca-se a rotina estressante destes setores, onde lidar com dor e morte torna-se quase uma constante, podendo assim, facilitar a distância dos trabalhadores com a realidade emotiva vivenciada pelos familiares neste momento.

Woiski e Rocha (2010) mostraram que uma das atribuições do enfermeiro está a de educador, e considera de extrema necessidade que este capacite sua equipe para a realização do cuidado dentro do contexto de trabalho em que estão inseridos, e a realização de treinamentos, dinâmicas de grupo, entre outros programas, pode instrumentalizar fortalecer e encorajar a equipe para o atendimento à criança vítima de violência sexual, por exemplo. Desta forma, pode-se construir um espaço de trabalho humanizado.

3.3. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO UMA ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Em estudo realizado por Rossaneis et al (2000), foi observado uma redução significativa nos atendimentos médicos após a avaliação e classificação de risco e uma grande quantidade de encaminhamentos de usuários a outros serviços. Este fato tornou mais evidente a demanda reprimida de outros setores, composta, principalmente, por usuários não atendidos na atenção primária e os que aguardam procedimentos. Os autores ressaltam ainda que os prontos-socorros dos hospitais tenham por função atender urgências e emergências, por isto o gestor deve garantir que o usuário receba assistência adequada o mais rápido possível, evitando-se o óbito e minimizando sequelas ao paciente.

Bellucci Júnior e Miranda (2011) evidenciam que há a necessidade de implantação de programas com ações voltadas para o direcionamento do fluxo de atendimento ao usuário em Serviço Hospitalar de Emergência. Estes são as principais estratégias utilizadas pelo enfermeiro à promoção e gerenciamento da qualidade nesse serviço, tornando-o mais resolutivo e conseqüentemente mais humanizado. Apontaram ainda que e

que a atuação do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco é uma das principais estratégias para o gerenciamento da qualidade nos serviços hospitalares de emergência.

A falta de espaço físico e materiais são algumas das fragilidades mencionadas entre as dificuldades, além da inexistência de referência e contra referência com conseqüente acúmulo de usuários no serviço, interferindo na qualidade do atendimento assim como na satisfação dos profissionais do serviço de emergência. Os profissionais destacaram que a avaliação da classificação de risco organizou e dinamizou o processo de trabalho, pois prioriza o atendimento a pacientes graves, conferindo-lhes maior segurança, estabilidade e controle da situação, garantindo desta forma uma assistência humanizada (NASCIMENTO, 2011).

4. CONCLUSÃO

A revisão destes estudos possibilitou o aprofundamento do tema humanização da assistência de enfermagem em unidade de urgência e emergência, levando assim à construção de duas categorias temáticas a cerca da importância da formação humanizada, bem como da interdisciplinaridade como uma das estratégias para a humanização da assistência da enfermagem, além da estratégia da classificação de risco em serviços de urgência e emergência.

O estudo mostrou que o trabalho dos profissionais de saúde, especificamente o do profissional enfermeiro (a) em hospitais de urgência e emergência é bastante estressante, por não ter um espaço físico adequado para atender a demanda, sobretudo, há uma insuficiência desses profissionais devidamente qualificados para atuar neste campo.

Outro aspecto bastante relevante apontado nestes estudos é quanto a construção de estratégias nos serviços de urgência e emergência que possibilitem a humanização não só para os pacientes, mas também para os profissionais de saúde. Foi ressaltado ainda sobre a importância do trabalho interdisciplinar nesses serviços, pois leva tanto a integração dos profissionais, como a assistência se torna mais humanizada, mais integral.

REFERÊNCIAS

- [1] Andrade, C. C. et al. Suporte humanizado em unidades de urgência e emergência: mais um desafio para a enfermagem. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, v.17, n.177, fev, 2013. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em: 30 Jan 2019.
- [2] Bellucci Júnior, J. A.; Matsuda, L. M. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS), v.32, n.4, p.797-806, dez, 2011.
- [3] Brasil, Ministério da Saúde. Humaniza SUS. Portal do Ministério da Saúde, 2009. In: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28292>. Acesso em: 02 Fev 2019.
- [4] Celich, K. L. S. Dimensões do processo de cuidar: a visão das enfermeiras. 1. ed. Rio de Janeiro: EPUB, 2004.
- [5] Cristina, F. J. et al. Humanização da enfermagem dentro da equipe da Unidade de Suporte Avançado (USA) durante os atendimentos de emergência e urgência. Rev Eletrônica Enferm Ceen., Goiânia, v.3, n.1, p.1-15, ago.\dez, 2010. Disponível em: <www.cogls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/.../Sa Ude/14-.pdf>. Acesso em: 03 Fev 2019.
- [6] Fell, A.; Matté, F. C.; Campo, G. B. Humanização da assistência de enfermagem a pacientes atendidos na emergência em um hospital de pequeno porte no município de Xaxim – SC. 93f. (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem). Universidade Comunitária da Região de Chapecó - (Unochapecó), Chapecó – SC, 2010.
- [7] Galvão, C. M.; Mendes, K. D. S.; Silveira, R. C. P. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. Texto & contexto - enferm. Florianópolis, v.17, n.4, 758-64, out./dez. 2008.
- [8] Gallo, A. M.; Mello, H. C. Urgência e Emergência: Regletindo sobre as dificuldades do Enfermeiro na realização do exercício profissional. Trabalho de Conclusão de Curso. 2009. (Graduação em Enfermagem) - Faculdade Interamericana de Porto Velho – Uniron, Ro, Brasil, 2009. Disponível em: <<http://www.revistaintertexto.com.br/adm/arquivos/Artigo>URG%C3%8ANCIA%20E%20emerg%C3%8ancia-Edicao-24-3132014-H143024 URG%C3%8anciaeemerg%C3%8ancia.pdf>>. Acesso em: 05 Fev 2019.
- [9] Goulart, B. N. G.; Chiari, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p.255-68, jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100031&lng=em &nrm=iso>. Acesso 15 Fev. 2019.
- [10] Maciak, I.; Sadri, J.V.A.; Spier, F.D. Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de

emergência: percepção do usuário. *Cogitare Enfem. Paraná*, v. 14, n.1, p.127-35. jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co obra=14 4743>. Acesso 17 Fev 2019.

[11] Nascimento, E. R. P; et al. Classificação de Risco na Emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.19, v.1, p.84-8, jan./mar, 2011.

[12] Rossaneis, M. A. et al. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. *Rev. Eletr. Enf. Goiânia*, v. 13, n.4, p.648-56. out./dez, 2011. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a08.htm>>. Acesso em: 22 Fev 2019.

[13] Salomé, G. M.; Martins, M. F. M. S.; Espósito, V. H. C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 62, n. 6, p.856-62. nov./dez, 2009.

[14] Souza, I. C. S. N. et al. Urgência e Emergência: Refletindo sobre as dificuldades do Enfermeiro na realização do exercício profissional. *Revista Inter. Texto*, Porto Velho, [s. v], [s.n.], 2014. Disponível em: <<http://www.revistaintertexto.com.br/adm/arquivos/Artigo>URG%C3%8ANCIA%20E%20emerg%C3%8ancia-Edicao-24-3132014-H143024-Urg%C3%8anciaeemerg%C3%8ancia.pdf>>. Acesso em: 27 Fev 2019.

[15] Versiani, C. C. et al. Humanização da assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência hospitalar: um desafio. *EFDeportes.com*, Revista Digital, Buenos Aires, v. 17, n. 170, jul., 2012. Disponível em:<<http://www.efdeportes.com>>. Acesso 05 Mar 2019.

[16] Woiski, R.O.S.; Rocha, D.L.B. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 143-150, jan./mar. 2010.

Capítulo 15

Atenção humanizada no pós parto: Revisão de literatura

Benedito do Carmo Gomes Cantão

Anderson Bentes de Lima

Adilson Sanches de Souza

José Benedito dos Santos Batista Neto

Jaylen França Cunha

Eunice Lara dos Santos Cunha

Alice Monteiro Gomes

Letícia Sousa do Nascimento

Orielson Costa de Leão

Resumo: A afirmação do processo da maternidade ocorre após o parto, que pode acontecer por via vaginal ou por meio de cesárea. Esse momento pós-parto é denominado puerpério, sendo este único, raro e extraordinário na vida de cada mulher, considerado singular e diferente para cada uma e a cada nova experiência, bem como, para a sua família (LIMA et al., 2014). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a infecção puerperal como todo e qualquer processo infeccioso materno causado por bactérias do trato genital e extragenital feminino, podendo iniciar no momento da ruptura das membranas amnióticas ou parto até 42 dias após. O artigo tem como objetivo refletir sobre a importância da assistência de enfermagem no controle de infecção puerperal em todo o seu contexto, na conceituação do período puerperal, identificar as principais intercorrências que ocorrem neste período, propor medidas e cuidados que podem ser realizados conforme as principais intercorrências e conscientizar os profissionais que trabalham em obstetrícia sobre a importância dos cuidados conforme dados da literatura. Trata-se de um estudo bibliográfico, realizado através da revisão de literatura, que visa expor sobre a assistência de enfermagem: no controle de infecção puerperal. Para elaboração deste estudo, os artigos foram selecionados de acordo com a sua relevância, sendo levado em consideração o tema a assistência de enfermagem: no controle de infecção puerperal e assistência de enfermagem. Foram selecionados os artigos que se encontravam disponíveis na íntegra na forma on-line. O levantamento bibliográfico abrangeu publicações nacionais, publicadas entre os anos 2014 a 2018. Foram excluídos estudos não disponíveis na íntegra, dissertações, teses e artigos de jornal que não apresentavam caráter científico, e que não se enquadravam no recorte dos últimos cinco anos.

Palavras-chave: Enfermagem. Assistência de Enfermagem. Infecção Puerperal.

1. INTRODUÇÃO

A afirmação do processo da maternidade ocorre após o parto, que pode acontecer por via vaginal ou por meio de cesárea. Esse momento pós-parto é denominado puerpério, sendo este único, raro e extraordinário na vida de cada mulher, considerado singular e diferente para cada uma e a cada nova experiência, bem como, para a sua família (LIMA et al., 2014).

Assim, puerpério, conhecido também como pós-parto, corresponde à fase na qual ocorrem todas as manifestações involutivas e de recuperação materna após o nascimento do bebê (SANTOS; BRITO; MAZZO, 2013). A consolidação do processo de maternidade ocorre nesse período, proporcionando significados e momentos diferenciados para cada mulher e sua família. É considerado um período crítico e de transição, logo a mulher fica suscetível a algumas intercorrências, tais como hemorragias, agravos em decorrência da lactação, depressão e infecções puerperais, por exemplo (LIMA et al., 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a infecção puerperal como todo e qualquer processo infeccioso materno causado por bactérias do trato genital e extragenital feminino, podendo iniciar no momento da ruptura das membranas amnióticas ou parto até 42 dias após (WHO, 2015). Caracterizando-se, dessa forma, pela presença de dois ou mais dos sinais e sintomas típicos, como febre, dor pélvica, atraso na involução uterina, perdas transvaginais com aspecto e odor anormais, incluindo também os processos infecciosos nas feridas operatórias de cesárea, episiotomia e mastites (WHO, 2015; BRASIL, 2017).

Além disso, os processos infecciosos podem ocorrer durante o pré-natal, parto ou puerpério. Podendo juntamente com as síndromes hipertensivas e hemorrágicas da gestação, ser as principais causas de morbimortalidade materna, representando 11 atualmente um dos grandes desafios para a saúde pública mundial, principalmente para os países em desenvolvimento (SOARES et al., 2018).

A cesariana é um dos principais fatores associados à ocorrência de infecções puerperais, devido serem um procedimento invasivo com maiores riscos de finais prejudiciais, além das infecções, como hemorragias, acidentes anestésicos e tromboembolismo por fluidos amnióticos (DUARTE et al., 2014).

O artigo tem como objetivo refletir sobre a importância da assistência de enfermagem no controle de infecção puerperal em todo o seu contexto, na conceituação do período puerperal, identificar as principais intercorrências que ocorrem neste período, propor medidas e cuidados que podem ser realizados conforme as principais intercorrências e conscientizar os profissionais que trabalham em obstetrícia sobre a importância dos cuidados conforme dados da literatura.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico, realizado através da revisão de literatura, que visa expor sobre a assistência de enfermagem: no controle de infecção puerperal. Para elaboração deste estudo, os artigos foram selecionados de acordo com a sua relevância, sendo levado em consideração os seguintes descritores Período Pós-Parto, Infecção Puerperal e Assistência de Enfermagem. Foram selecionados os artigos que se encontravam disponíveis na íntegra na forma on-line, nas plataformas BDEF - enfermagem (Brasil), LILACS, dos nove artigos encontrados foram selecionados seis, os artigos selecionados são dos anos de 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018.

Utilizou-se como critério de inclusão: artigos publicados entre os anos 2014 a 2018 no idioma português e adotou como critérios de exclusão: estudos não disponíveis na íntegra, dissertações, teses e artigos de jornal que não apresentavam caráter científico, e que não se enquadravam no recorte dos últimos cinco anos.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O pós-parto tem início uma hora após o parto e termina quando cessa na mulher o processo de amamentação ocorrendo o retorno menstrual, ovulação e demais modificações físicas e emocionais. (BRASIL, 2011, p.26). O puerpério é dividido em três períodos: imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia) (VIEIRA et al., 2010). É marcado por grandes transformações na vida e no corpo de uma mulher. É um período cronologicamente variável durante o qual se desenvolvem todas as modificações involutivas das alterações causadas pela gravidez e o parto (SANTOS; BRITO; MAZZO, 2013). As “modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam ao estado pré-gravídico” (REZENDE. MONTENEGRO, 2003).

A vulva e a vagina podem apresentar edema e arroxamento em função da manipulação a que foi submetida, da passagem do feto, da eventual episiotomia. Deve-se atentar para queixas de disúria ou sinais de infecção na episiorrafia, que seriam: edema, hiperemia, calor e dor local. Igualmente, a mulher deve ser orientada para usar calcinhas de algodão, lavar as mãos antes e após utilizar o banheiro, trocar o absorvente sempre que necessário (para evitar infecção da episiorrafia), lavar a região íntima da vagina ao ânus depois de utilizar o banheiro, usar sabonete neutro, não fazer esforços que possam levar à ruptura dos pontos.

Os pontos caem após uma semana e a região perineal e vulvar adquirem a forma normal, mais ou menos 3 semanas após o parto, quando a episiorrafia torna-se uma cicatriz e pode ficar dolorida por vários meses. Em se tratando de parto cesáreo, os mesmos cuidados citados na episiorrafia para identificar e prevenir infecção na incisão, devem ser tomados. Nas primeiras 24 horas pós-parto, a ferida operatória permanece com curativo oclusivo. Nesse período deve-se atentar para sinais de sangramento visível externamente no curativo. Após o curativo é retirado e a mulher é orientada a proceder com higiene com água e sabão neutro no banho diário (MANUAL DE PERINATOLOGIA, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a infecção puerperal como todo e qualquer processo infeccioso materno causado por bactérias do trato genital e extragenital feminino, podendo iniciar no momento da ruptura das membranas amnióticas ou parto até 42 dias após (WHO, 2015). Caracterizando-se, dessa forma, pela presença de dois ou mais dos sinais e sintomas típicos, como febre, dor pélvica, atraso na involução uterina, perdas transvaginais com aspecto e odor anormais, incluindo também os processos infecciosos nas feridas operatórias de cesárea, episiotomia e mastites (WHO, 2015; BRASIL, 2017).

O enfermeiro tem papel fundamental diante essa problemática colaborando para prevenção de possíveis complicações no período pós-parto. Deste modo deve ser realizada atenção humanizada, integral e holística ressaltando as ações para o autocuidado da mulher, anamnese no puerpério, realização do exame físico supervisão, fiscalização e acompanhamento nos centros de materiais e esterilização, minimizando assim as causas de infecções puerperais (BERLET, 2015).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa evidenciou que ao analisar a temática, vários obstáculos surgiram, fazendo com que fosse necessário o reforço de diretrizes que dessem maior atenção ao parto, contribuindo assim para a redução da infecção pós-parto, visto que a cesárea apresenta maiores índices de infecção puerperal. Importante ressaltar que foi constatado ainda a subnotificação de dados referentes às infecções puerperais. Neste seguimento observou-se a necessidade de uma ampliação da assistência de enfermagem no pós-parto imediato, tardio e remoto.

O risco de infecção puerperal em pacientes submetidos à cesárea eletiva é três vezes mais elevado que às submetidas parto vaginal. Ressalta-se que os principais fatores de risco são: ruptura prematura das membranas ovulares e/ou trabalho de parto prolongados; manipulação vaginal excessiva (toques); más condições de assepsia; debilidade imunológica; desnutrição ou obesidade; traumas cirúrgicos; cesarianas desnecessárias e retenção de restos ovulares.

A falta de formação de profissionais capacitados para prestar atendimento a essas puérperas. A necessidade de que esses profissionais tenham a compreensão sobre infecção puerperal como um problema de saúde pública, sendo essa temática complexa e que exige desses profissionais o conhecimento necessário para evitar sequelas e agravos de um atendimento desqualificado.

A necessidade de investir na educação em saúde, referente ao ciclo gravídico-puerperal, foi apontada nas experiências de outras pesquisas, que mostram a assistência pré-natal como o principal meio de monitorar a gestação, promovendo saúde ao binômio mãe/bebê desde a descoberta da gestação, até a fase puerperal. O profissional de saúde, neste caso, o enfermeiro, deve estar preparado para atender a gestante de forma holística e entender toda a subjetividade que a gestação pode ocasionar (mudanças físicas, emocionais). Cada gestação é única e cada mulher terá uma experiência distinta dessa vivência. Daí, surge a necessidade de estratégias para fidelizar essas gestantes e, assim, poder acompanhá-las e orientá-las durante toda a gestação, e a educação em saúde é o meio mais eficaz para isso.

Atividades da equipe de Enfermagem no âmbito da assistência, gerência e educação em saúde, no cuidado a mulheres no ciclo gravídico-puerperal, foram delineadas. Utilizaram-se, como instrumento de registro, o

livro de atividade educativa da USF, a fotografia, a lista de presença dos participantes e o relatório das atividades desenvolvidas, no qual todas as ações foram descritas.

Foi possível constatar em uma das produções que os cuidados do enfermeiro contribuem para que a mulher possa participar na tomada de decisões acerca da sua saúde, através de práticas educativas no campo da atenção obstétrica. Assim, a educação em saúde passa a ser meio favorável para o cuidado do enfermeiro no ciclo gravídico-puerperal, através de medidas importantes e benéficas para a puérpera.

Assim, também, foi verificado que cuidado desenvolvido pelo enfermeiro vem a ser um facilitador do processo de comunicação entre aqueles que cuidam e aqueles que são cuidados. As mensagens do enfermeiro têm um impacto considerável no período da gestação e do nascimento mortalidade materna dever ser realizada através de ações preventivas tais como: cuidados básicos, ações educativas, administrativas, assistências, e principalmente medidas de aprimoramento na assistência médico-hospitalar.

4.1. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DE INFECÇÃO PUERPERAL

A maternidade, é, para muitas mulheres, um dos aspectos mais intensos e significativos da existência humana e, normalmente, está relacionada a um momento de renovação da vida. Entretanto, nem sempre é assim que transcorre, e a maternidade se associa a riscos para a vida da mulher (SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014).

As intervenções que as mulheres são submetidas podem levar a complicações que poderão culminar em uma infecção puerperal, que hoje de acordo com o Ministério da Saúde é terceira causa de morte obstétrica direta (BRASIL, 2017).

Na enfermagem, zelar constitui-se em práticas que contornam a situação de vida e saúde das pessoas, associada à mulher, especificamente no período da gravidez, parto e puerpério. O cuidado da enfermagem é dispensado desde o princípio que a mulher pretende engravidar até o pós-parto (MARTINS, 2014).

Preveno, as infecções puerperais causam repercussões negativas à mulher e à sociedade, pois geram custos e comprometem a recuperação da puérpera nesse período, retardando o tempo de internamento e postergando a vinculação mãe, bebê e família (LIMA, et al, 2014). Assim, os profissionais da enfermagem que prestam assistência a mulheres no ciclo gravídico puerperal devem compor em suas competências de atuação conhecimentos sobre os riscos de infecções de tal espécie, ficando em alerta para sua prevenção e ocorrência.

As infecções puerperais são todas as infecções genitais, extragenital e infecções acidentais que acometem a mulher após o parto, e nesta pesquisa foram analisados tanto artigos que abordavam infecções puerperais relacionadas ao trabalho de parto quanto infecções do trato urinário.

As infecções relacionadas ao parto (infecção puerperal e sepse puerperal) refletem diretamente os aspectos da qualidade e segurança dos serviços obstétricos quando se avalia a morbimortalidade materna.

A assistência da enfermeira na prevenção de infecções puerperais deve não apenas atender às necessidades de saúde da puérpera, e sim fazer com que as suas ações sejam capazes de esclarecer e orientar a parturiente com base em suas necessidades individuais. Habitualmente, o puerpério progride sem complicações, com o mínimo de intervenções, no entanto, em alguns casos, pode caminhar para complicações sérias, colocando em risco a vida da parturiente (DUARTE et al., 2014).

Para prevenir eventuais complicações, como a infecção puerperal a mulher no período do pós-parto deve receber atenção humanizada, integral e holística e que ressalte ações para o autocuidado, no sentido de prover a mulher condições para o cuidado de si (PEREIRA; GARDIM, 2014).

Duarte et al. (2014), no sistema biomédico da assistência à saúde, emerge a necessidade de transformar o modelo de assistência à puérpera em todas as etapas do ciclo grávido puerperal, e a atuação da enfermagem em todo o contexto se respalda legalmente através de documentos oficiais que regem o exercício da sua profissão. A assistência da enfermagem no controle das infecções puerperais, além dos cuidados diretos, tem os indiretos, que, como dito anteriormente estão relacionados ao centro de material e esterilização, e na legislação vigente consta a atuação do mesmo neste espaço. Atendendo assim às necessidades de saúde da puérpera, proporcionando um cuidado de forma holística.

O cuidado ofertado pelo enfermeiro ou enfermeiro-obstétrica através de um tratamento com dignidade, respeito e empoderamento dispensados a cada mulher que vai parir, deixarão maior certeza de que o resultado do seu atendimento será positivo (MARTINS, 2014).

O enfermeiro tem papel fundamental diante essa problemática colaborando para prevenção de possíveis complicações no período pós-parto. Deste modo deve ser realizada atenção humanizada, integral e holística ressaltando as ações para o autocuidado da mulher, anamnese no puerpério, realização do exame físico supervisão, fiscalização e acompanhamento nos centros de materiais e esterilização, minimizando assim as causas de infecções puerperais (BERLET, 2015).

Assim, o risco de infecção puerperal pode ser diminuído com ajuda dos profissionais da área da saúde, tanto no ambiente hospitalar quanto na atenção básica, deve ser aplicada a orientação á puérpera quanto aos cuidados com a ferida operatória e higiene pessoal para assim diminuir o risco de infecções.

5. CONCLUSÃO

O Puerpério trata-se de um período que começa após o parto e termina quando o corpo da mulher retorna o mais próximo possível de seu estado antes da gravidez (NETINA, 2014), ou seja, o período que transcorre após o parto, quando os órgãos e sistemas, compreendidos direta ou indiretamente na gravidez e no parto, passam pelo processo regenerativo na tentativa de retornar às condições pré-gravídicas.

Assim, cabe à equipe de enfermagem o papel de “vigiar” e cuidar da mulher que transita por esta situação. Isto se deve por ser frisado por intensas modificações biopsicossociais na vida da parturiente e de sua família. O corpo da mulher sofre alterações anatômicas e fisiológicas, que podem levá-la a não cumprir seu papel de mãe, pois isto a induzirá a pensar em sua responsabilidade social e cultural de prestar cuidados, afeto e proteção ao recém-nascido, deixando-a ansiosa e com medo e estes elementos que cooperam para modificar o pós-parto, tornando-o um período complicado nesta fase da vida da mulher.

A assistência de enfermagem é essencial no controle e prevenção da infecção puerperal, visto que pode interferir diretamente nas ações de saúde, na recuperação e no bem-estar da puérpera, garantindo a segurança para a mulher e o bebê. Esta assistência permite reconhecer a individualidade e humanizar o atendimento.

Além de facilitar ao enfermeiro estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidades de lidar com o processo de nascimento.

REFERÊNCIAS

- [1] Berlet, L. J. Infecção no período puerperal: implicações para a enfermagem. 2015. 130p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem, Saúde e Sociedade), Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj).
- [2] Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção e critérios diagnósticos de infecções puerperais em parto vaginal e cirurgia cesariana. Brasília: Anvisa, 2017.
- [3] Brasil, lei n.1459 de 24 de junho de 2011. Institui no Âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Disponível no endereço eletrônico: [bvsms. Saude. gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em 20 mai.2014. Brasil, Ministério da Saúde. Manual de Parto, Aborto e Puerpério. Brasília, DF, 2011,202 p.
- [4] Duarte, M. R. et al. Atuação do enfermeiro no controle de infecção puerperal: revisão integrativa. Rev. enferm UFPE on line, v. 8, n. 2, p. 433-441, 2014.
- [5] Lima, D. M. et al. Fatores de riscos para a infecção no puerpério cirúrgico. Cogitare Enferm., v. 19, n. 4, p. 734-740, out./dez. 2014.
- [6] Manual de perinatologia / [coordenado por] Eduardo Sérgio Valério Borges da Fonseca. – São Paulo : Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2013. 118 p.
- [7] Martins, H. E. L. Observação em enfermagem: tecnologia para prevenção e controle da hemorragia pós-parto. 2014. 182f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
- [8] Netina, S. M. Prática de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. v. 3.
- [9] Organização Mundial de Saúde. *Mortalidad materna*. Nota descritiva n° 348. Maio 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>>. Acesso em: 20 set. 2014.

- [10] Pereira, M. C.; Gradim, C. V. C. Consulta puerperal: a visão do enfermeiro e da puérpera. *Ciênc. Cuid. Saúde*, v. 13, n. 1, p. 35-42, jan./mar. 2014.
- [11] Rezende J., Montenegro C. A. B. O ciclo gestatório normal. In: Rezende J, Montenegro CAB, editores. *Obstetrícia fundamental*. 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.206-21.
- [12] Santos, Flávia Andréia Pereira Soares dos; Brito, Rosineide Santana de; Mazzo, Maria Helena Soares da Nóbrega. Puerperium and postpartum review: meanings attributed by the mother. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, [s.l.], v. 17, n. 4, p.859-863, 2013. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130062>.
- [13] Soares, F. A. F. et al. Perfil clínico-obstétrico e epidemiológico das infecções puerperais em uma maternidade pública do estado do Piauí. *Rev. Uniabeu*. v. 11, n. 28, p. 357-66, 2018.
- [14] Souza, João Paulo; Pileggi-Castro, Cynthia. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 30, n. 1, p.11-13, ago. 2014. Fapunifesp (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311xpe02s114>.
- [15] Vieira, Flaviana et al. Diagnósticos de Enfermagem da Nanda no Período Pós-Parto Imediato E Tardio. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 14, p.83-89, mar. 2010.
- [16] World Health Organization. Recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Geneva: Who, 2015.

Capítulo 16

Contribuição da espiritualidade em saúde para uma assistência equânime de pacientes hipertensos

Matheus da Silva Sakamoto

Andréa Costa de Andrade

José Geraldo Xavier dos Anjos

Marilene de Sena e Silva

Ayllon Menezes de Oliveira

Resumo: Realizar uma revisão bibliográfica sobre a importância do uso da espiritualidade no tratamento para evolução do quadro clínico de pacientes internados permite realizar um levantamento de variáveis que possam repercutir positivamente ou negativamente para o prognóstico do paciente, uma vez que, o estado emocional, é uma interveniente que não pode ser descartada. Por outro lado, a espiritualidade, ainda, é ignorada como um ponto constituinte da personalidade dos pacientes diagnosticados com hipertensão arterial pelos profissionais médicos, o que gera, às vezes, o descarte dessa condição como fator essencial de melhoria na evolução do tratamento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu, em 22 de janeiro de 1998, que “saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. A espiritualidade, não é composta somente por crenças religiosas, mas também, por emoções e convicções subjetivas que pressupõem mais do que aspectos da vida material e que remetem o ser humano a indagações sobre o real sentido da vida. Portanto, analisar esse aspecto subjetivo ligado aos sintomas físicos em pacientes cardiopatas é de suma importância, tendo como pressuposto que uma vida espiritual equilibrada poderá promover maior qualidade de vida a estes pacientes, quiçá, maior longevidade.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1998), o conceito de saúde aborda também o aspecto espiritual dos indivíduos, definindo-os como seres biopsicossociais e espirituais. Por isso, passou-se a recomendar a inserção da temática espiritualidade nos cursos da saúde devido à relevância das experiências espirituais demonstradas em pesquisas.

A proposta desse trabalho é descrever um relato de experiência diante das buscas sobre o tema espiritualidade, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e pacientes cardíacos, as quais são extensas, diante do grande número de trabalhos, mas poucos ainda voltados a obtenção de qualidade de vida, quando se trata da cronicidade de pacientes com HAS.

O desenvolvimento metodológico do trabalho propôs a construção de estratégias para lidar com o paciente que sofre com HAS, de forma que profissionais de uma equipe multidisciplinar reunissem-se no propósito de pensar sobre os modos de agir com os pacientes cardiopatas perante o período de internação, evitando a ansiedade, o estresse do internamento e, por vezes, a tristeza que surge com o advento da internação compulsória até a melhora dos sintomas. Cada paciente possui uma história da doença que leva a perdas na saúde, perdas sociais e até financeiras com os gastos para com a saúde.

A busca de literatura foi realizada nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Base de Dados PePSIC e Scientific Electronic Library Online (SciELO), *BDEF* (Banco de Dados em Enfermagem) e *Google Acadêmico*. Para busca utilizou-se os descritores da saúde (DECS) relacionados ao tema como: Espiritualidade, qualidade de vida, doenças crônicas e hipertensão arterial sistêmica. As bases foram acessadas por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e da Biblioteca Virtual Public/Publisher Medline (PubMed) a partir dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH): espiritualidade/ *spirituality*, doenças crônicas/ *chronic diseases*, hipertensão arterial sistêmica/ *systemic arterial hypertension*, qualidade de vida/ *quality of life* e Brasil/*Brazil*. Utilizaram-se como critérios de inclusão os artigos originais, indexados nas bases de dados mencionadas, publicados na íntegra em periódicos nacionais e internacionais entre 2009 e 2019 e disponíveis nos idiomas, português e inglês. A coleta de dados ocorreu no primeiro trimestre de 2019. Após leitura do material, os dados foram agrupados em categorias com a finalidade de elaborar uma discussão sobre as possibilidades de abordagem do tema espiritualidade no tratamento de pacientes com HAS. Foi realizada, também, pesquisa em livros de medicina, psicológica e história da filosofia e nas plataformas digitais de bases de dados.

Importante também é, registrar a necessidade do treinamento de estudantes de medicina e de médicos juniores para lidar com essas necessidades de seus pacientes está se tornando cada vez mais importante no contexto atual de se dedicar à prestação de assistência médica abrangente. Pois, a espiritualidade inclui crenças culturais e suas práticas, as quais deveriam ser incorporadas no contexto dos cuidados dos pacientes em uma variedade de situações clínicas desde a formação acadêmica. Dessa forma, os futuros profissionais de saúde reconhecerão que sua própria espiritualidade, crenças e práticas poderão afetar os caminhos de relacionamento e cuidados para com os pacientes.

A espiritualidade ainda é ignorada como um ponto constituinte dos pacientes pelos profissionais médicos, o que gera o descarte dessa característica como fator de melhoria na evolução do tratamento. O contexto religioso e cultural, portanto, influencia a prática individual de cada profissional médico ou multidisciplinar que atue na área da saúde e está associado à disposição de tomar certas decisões, e ocasionalmente controverso, de final de vida ou de cuidados paliativos. Por isso, é preciso haver um currículo de espiritualidade para escolas de saúde com objetivos específicos, sugerindo que aos estudantes que desenvolvam a habilidade em fazer interligações entre a história da doença do paciente com sua espiritualidade, para que se possa compreender a dimensão espiritual de cada um, e se há qualquer relação com o processo do adoecer do paciente, assim como se ele se utiliza de sua crença como instrumento de esperança para a terapia, valendo-se de seus orientadores espirituais.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS SOBRE A ESPIRITUALIDADE

A espiritualidade está intimamente ligada à alma humana, que é estudada desde os tempos da Antiguidade, como algo que compõem o corpo e é inseparável do mesmo. Para Sócrates (469 a.C- 399 a.C), a alma se apresenta como uma substância específica imaterial (= espiritual), não composta (= simples) e, essencialmente distinta do corpo material. A alma teria a capacidade de exercer um comportamento ético, sendo dotada de faculdades distintas e hierarquizada que incluem: os sentidos, a vontade dotada de liberdade e a inteligência. Platão (428 a.C-348 a.C), completa seu antecessor e fala sobre a imortalidade da alma em seus diálogos, dizendo que,

A alma, ser invisível que vai para um meio semelhante a ela mesma, excelente, puro, lugar invisível, ou seja, aos infernos, junto a um Deus cheio de bondade e sabedoria, - uma paragem a qual espero vá a minha alma, se assim quiser Deus, tal alma, com tal natureza não faria mais do que abandonar seu corpo para desvanecer no nada como o crêem a maioria dos homens? [...] Se a alma se retira neste estado, vai para um ser semelhante a ela, divino, imortal, cheio de sabedoria, junto do qual, livre dos seus erros, da sua ignorância, dos seus temores, dos seus amores desenfreados e de todos os males próprios à natureza humana, e goza da felicidade (FÉDON, 2012, 79 e 81 a).

Diferentemente de Platão e Sócrates, Aristóteles compreende a alma, teoricamente, como o homem munido pela virtude intelectual que age sobre uma virtude moral no que se refere ao seu modo de pensar e agir, com justiça e coragem. Portanto, o termo espiritualidade, se assim podemos nomear, na concepção filosófica, estava voltado a um estado de espírito que engloba um bem-estar pleno.

As crenças sempre existiram, surgiram dos mitos ao cristianismo. O ser humano sempre em busca de proteção e de acreditar em algo superior, seja nos deuses ou em Deus. A priori temos que diferenciar religião, sistema de igrejas, dogmas e crenças que produzem a religiosidade, que é o quanto vamos à igreja, o quanto somos devotos, o quanto oramos etc.

Na Idade Média, nenhuma instituição foi tão rica, bem organizada e influente na Europa medieval quanto a Igreja Católica. Sua organização hierárquica era bem definida e bem instalada de modo que disseminou a educação religiosa por toda Europa e posteriormente, para outros continentes. Esse momento histórico revela a expansão da religião pelo mundo e a influência dela nas bases sociais da civilização contemporânea. O Brasil, por exemplo, é o país que possui um grande número de católicos.

A fé, por intermédio da religião, surge como constituinte principal da espiritualidade, que por sua vez, não pode ser analisada de forma separada ao homem. Justifica isso, ao alegar que este fator está ligado a emoções, vontade, emoções e atitudes que definem os aspectos da personalidade do sujeito (MIRANDA; LANNA; FELIPPE, 2015). Contudo, é necessário distinguir a religiosidade da espiritualidade. A espiritualidade revela a nossa maneira de como reagir a situações adversas ou desfavoráveis a vida, como por exemplo, algumas pessoas perdoam outras não, algumas são otimistas outras não, algumas são gratas outras não, a maneira como eu reajo às situações adversas em quaisquer âmbitos, pode estar relacionado ao ponto inicial de doenças.

Todavia, com o avanço da ciência, principalmente na genética, houve uma marginalização do sagrado, do místico e do sobrenatural, porém, para boa parcela dos pacientes nunca deixaram de existir essas “forças” que auxiliam na melhoria do quadro de debilidade vital, pois a espiritualidade conecta-se com a arte, naturalismo, humanismo, família, Deus, logo, pode influir na forma como os pacientes e os profissionais da saúde definem a saúde e a doença e como eles relacionam uns com os outros.

A espiritualidade conecta-se com a arte, o naturalismo, o humanismo, a família e com Deus. Logo, pode influir na forma como os pacientes e os profissionais da saúde definem a saúde e a doença e como eles relacionam uns com os outros (REGINATO; BENEDETTO; GALLIAN, 2016).

2.2. ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

Em se tratando da saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) já considera o aspecto espiritual como parte do bem estar aos pacientes, por isso, faz-se necessário a integração da temática espiritualidade no atendimento aos pacientes, para que se alcancem tratamentos holísticos e integrativos. Essa visão está próxima da noção de "qualidade de vida", seguindo a perspectiva de Minayo, Hartz e Buss (2000) e abrindo, assim, espaço para se pensar também o papel da espiritualidade na saúde mental.

A espiritualidade deve ser considerada de forma relevante para a qualidade de vida do paciente. É um campo da subjetividade construtora simbolicamente do sentido da vida e a busca motivacional para superação da crise existencial devido a doenças e outras situações, principalmente na população brasileira (SILVA *et. al*,2019).

Muitas organizações recomendaram a atenção às necessidades espirituais e religiosas dos pacientes como uma obrigação ética e um aspecto essencial da prática clínica, por esse motivo, a *Association of American Medical Colleges* defende que uma educação adequada na área da espiritualidade é fundamental na formação dos acadêmicos de medicina e recomenda que os estudantes sejam advertidos que espiritualidade e crenças culturais e suas práticas são elementos importantes para a saúde e o bem-estar de muitos pacientes (ABDULLA; HOSSAIN; BARLA, 2019).

Logo, o treinamento de estudantes de medicina e de médicos juniores para lidar com essas necessidades de seus pacientes está se tornando cada vez mais importante no contexto atual de se dedicar à prestação de assistência médica abrangente. Assim, a espiritualidade e crenças culturais e suas práticas deverão ser incorporadas dentro do contexto dos cuidados dos pacientes em uma variedade de situações clínicas já na formação acadêmica. Dessa forma, os futuros profissionais de saúde reconhecerão que sua própria espiritualidade, crenças e práticas poderão afetar os caminhos de relacionamento e cuidados com os pacientes. Portanto, a assistência necessita abranger estas dimensões: afetiva/emocional, psicossocial e espiritual desse paciente e dos cuidadores (familiares e profissionais de saúde).

Nos Estados Unidos, os médicos são mais propensos a se descrever como espiritual e distinto do religioso, fazendo assim uma clara diferença entre os dois. Há menos de vinte anos eram poucas as faculdades de medicina norte-americanas que apresentavam essa disciplina em seus currículos (PUCHALSKI, 2001). “Os sistemas médicos de atenção à saúde, assim como as respostas dadas as doenças, são sistemas culturais, consonantes com os grupos e realidades sociais que os produzem” (LANGDON & WIJK, 2010). Atualmente, mais de cem das 125 escolas médicas incluíram o conteúdo de espiritualidade em suas grades curriculares. Além disso, torna-se cada vez mais frequente a importância dada a este tema entre a classe médica (LAVORATO-NETO *et al*, 2018).

Além disso, torna-se cada vez mais frequente a importância dada a este tema entre a classe médica. Outro ponto importante é apreciar o papel da fé do médico. As origens culturais e religiosas dos médicos não devem ser descartadas quando se discutem questões sobre os cuidados no final da vida.

Outro ponto importante é apreciar o papel da fé do médico. As origens culturais e religiosas dos médicos não devem ser descartadas quando se discutem questões sobre os cuidados no final da vida. O tema espiritualidade costuma emergir fortemente nas fases de terminalidade, tanto para os pacientes quanto para seus familiares. A literatura recomenda que ao final da vida os médicos estendam seus cuidados para atender aos pacientes em seu sofrimento psicossocial, existencial e espiritual. (BRAVIN, TRETTENE, ANDRADE, PROPIM, 2019).

2.3. COMO A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DEVE SE VALER DA ESPIRITUALIDADE

É necessário que médicos mantenham empatia e compaixão, procurando buscar compreender o significado das histórias dos pacientes em um contexto amplo de crenças e valores familiares e culturais. Somente assim serão capazes de continuar cuidando dos pacientes moribundos considerados fora de possibilidades terapêuticas. Isso foi destacado em uma pesquisa entre médicos americanos relatando que os médicos que não têm afiliação religiosa estavam mais dispostos a prestar assistência com eutanásia do que aqueles com afiliação religiosa (ABDULLA; HOSSAIN; BARLA, 2019).

O contexto religioso e cultural, portanto, influencia a prática individual e está associado à disposição de tomar certas decisões, e ocasionalmente controverso, de final de vida.

Por isso, é preciso haver um currículo de espiritualidade para escolas médicas com objetivos específicos, sugerindo que os estudantes de medicina tenham habilidade em fazer uma ‘história espiritual’, em que se compreenda a dimensão espiritual do paciente, se há qualquer relação com o processo de adoecer dele, assim como se ele se utiliza de sua crença como instrumento de esperança para a terapia, valendo-se de seus orientadores espirituais. Além disso, é mais provável que um maior nível de espiritualidade entre os médicos conduza a uma discussão em torno do assunto com seus pacientes, e a questão da espiritualidade na vida pessoal dos estudantes pode promover o melhor desenvolvimento profissional. (ABDULLA; HOSSAIN; BARLA, 2019).

3. METODOLOGIA

Como procedimentos metodológicos foram utilizadas estratégias de busca em bancos de dados que evidenciassem trabalhos que reunissem pesquisas sobre lidar com o paciente que sofre com HAS e sobre a forma que profissionais de saúde pensam acerca dos modos de agir com os pacientes cardiopatas perante o período de internação, evitando a ansiedade, a angústia, a tristeza e o estresse do internamento e até a melhora dos sintomas. Considerando que, cada paciente possui uma história evolutiva da doença de acordo com seu estilo de vida, e que levar a perdas na saúde, e frustrações pessoais e sociais que interferem na saúde.

A busca de evidências utilizou as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Base de Dados PePSIC e Scientific Electronic Library Online (SciELO), *BDEF* (Banco de Dados em Enfermagem) e *Google Acadêmico*, com os seguintes descritores da saúde (DECS): espiritualidade/ *spirituality*, doenças crônicas/ *chronic diseases*, hipertensão arterial sistêmica/ *systemic arterial hypertension*, qualidade de vida/ *quality of life* e Brasil/*Brazil*.

Os critérios de inclusão foram os artigos originais, indexados nas bases de dados mencionadas, publicados na íntegra em periódicos nacionais e internacionais entre 2009 e 2019 e disponíveis nos idiomas, português e inglês. A coleta de dados ocorreu no primeiro trimestre de 2019. Após leitura do material, os dados foram agrupados em categorias com a finalidade de elaborar uma discussão sobre as possibilidades de abordagem do tema espiritualidade no tratamento de pacientes com HAS.

Foi realizada, também, pesquisa em livros de medicina, psicológica e história da filosofia e nas plataformas digitais de bases de dados.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Verificou-se que falar sobre a espiritualidade costuma emergir sentimentos sobre o fim da vida, tanto para os pacientes quanto para seus familiares e, diante desse tema, recomenda-se que os médicos estendam seus cuidados para atender aos pacientes em seu sofrimento psicossocial, existencial e espiritual. Para tanto, devem a empatia e compaixão, buscando compreender o significado das histórias dos pacientes, suas crenças e valores pessoais, familiares e culturais. Cultivando esta óptica, poderão ser capazes de prover o cuidado integral ao paciente com prognóstico fatal ou terminal, que são considerados fora de possibilidades terapêuticas.

O contexto religioso e cultural, portanto, influencia a prática individual e está associado à disposição de tomar certas decisões, e ocasionalmente em casos controversos, de final de vida. De acordo com Puchalski (2001), é preciso haver um currículo de espiritualidade para escolas médicas com objetivos específicos, sugerindo que os estudantes de medicina tenham habilidade em fazer uma “história espiritual”, em que se compreenda a dimensão espiritual do paciente, se há qualquer relação com o processo de adoecer dele, assim como se ele utiliza de sua crença como instrumento de esperança para a terapia, valendo-se de seus orientadores espirituais.

Além disso, é mais provável que um maior nível de espiritualidade entre os médicos conduza a uma discussão em torno do assunto com seus pacientes, e a questão da espiritualidade na vida pessoal dos estudantes pode promover o melhor desenvolvimento profissional.

Os médicos devem evitar julgar quando as crenças e valores do paciente entram em conflito com os seus. Para tal, urge a criação de cenários didáticos que propiciem a discussão de temas que ampliem a visão dos estudantes para além do modelo biomecânico, o que inclui o campo da espiritualidade (PUCHALSKI, 2001).

Cultivando uma espiritualidade equilibrada e positiva, muitos pacientes conseguem diminuir a pressão arterial por meio de recursos não farmacológicos, ou seja, recursos voltados para o estilo de vida. Uma analogia errada da sociedade atual é considerar os remédios como fator de saúde, por isso, o diagnóstico precoce e as medidas terapêuticas são capazes de intensificar o processo de cura dos pacientes assim como proporcionar uma melhor qualidade de vida a eles.

Observa-se, por meio das pesquisas que algumas doenças têm caráter multifatorial por não se saber uma causa exata com a hipertensão. Sabe-se que essa patologia agrava com a cronicidade ocasionando modificações notáveis no aspecto familiar, pessoal, psicológico, social e econômico. Podendo ocasionar de complicações comuns a doença renal crônica, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral a hipertensão arterial é a mais contínua das doenças cardiovasculares. Mesmo apresentando cronicidade é controlável e complicações podem ser evitadas com tratamento. Nesse aspecto muitos pacientes conseguem diminuir a pressão arterial por meio de recursos não farmacológicos, ou seja, recursos voltados para o estilo de vida (SILVA *et. al*, 2016).

Percebe-se, ainda, que no Brasil, tem aumentado o índice de acometimentos com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na população, isso é reflexo do desconhecimento de muitas pessoas sobre a doença, e por não seguirem as recomendações médicas devidas, como também, não fazem uso de forma correta dos medicamentos nem aplicabilidade dos recursos auxiliares para diminuição da morbidade da doença, num país onde 95% a população se declara religiosa e 83% dos brasileiros consideram a religião como algo muito importante. Por isso, a literatura investiga a relação entre as práticas religiosas e espirituais como fator de proteção contra doenças, principalmente no desenvolvimento de doenças coronarianas. A busca em superar as doenças e as crises existenciais decorrentes de problemas faz os brasileiros usarem a espiritualidade para a construção de um sentido de vida simbólico (LAVORATO- NETO, RODRIGUES, TURATO, CAMPOS, 2017).

Enfim, são pautas como essa que incentivam a pesquisa científica em relacionar a redução da HAS pelo uso da espiritualidade. Com esse pensamento de totalidade em tratar o paciente, não somente com um conceito holístico, mas levando em consideração o aspecto, social, familiar, psicológico e espiritual dele, criou-se um novo ramo da cardiologia: a cardiologia comportamental. Com esse pensamento de totalidade em tratar o paciente, não somente com um conceito holístico, mas levando em consideração o aspecto, social, familiar, psicológico e espiritual dele, criou-se um novo ramo da cardiologia: a cardiologia comportamental (CHIANG, 2014).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, as produções científicas voltadas ao tema espiritualidade têm mostrado bons resultados, à medida que é observável a boa aceitação da temática no âmbito científico.

Descrever a importância do uso da espiritualidade no tratamento para evolução do quadro clínico de pacientes internados com hipertensão arterial sistêmica (HAS) permite a valorização de um ponto constituinte dos pacientes, que é seu lado espiritual e que muitas vezes a equipe de saúde ignora. Essa categoria pode atuar como um fator essencial para a melhora clínica do paciente, fato também, que vem a corroborar com o conceito de saúde definida pela OMS, que inclui o aspecto espiritual dos pacientes, definindo-os como seres biopsicossociais e espirituais.

Logo, faz-se necessário analisar o aspecto subjetivo que revela a espiritualidade, ligado às doenças, como é o caso da hipertensão arterial. Ressalta-se que é importante, descrever o uso da espiritualidade no tratamento e na evolução do quadro clínico dos pacientes internados. No mais, estudos sobre a hipertensão arterial sistêmica (HAS) devem ser recorrentes nas investigações científicas. Afinal, a espiritualidade também interfere na saúde mental e como diria o poeta romano Juvenal: “*mens sana in corpore sano*”, ou seja, mente sã, corpo são (JUVENAL, 2019). Uma citação antiga, que nunca esteve tão presente na atualidade e que envolve a saúde dos seres humanos.

REFERÊNCIAS

- [1] Abdulla, Aza; Hossain, M; Barla C. Rumo à medicina abrangente: escutando as necessidades espirituais e religiosas dos pacientes. *Gerontol Geriatr Med*.2019. Publicado em 2019 26 de abril. Doi: 10.1177 / 2333721419843703.
- [2] Abdulla, Aza et al. “Rumo à medicina abrangente: escuta das necessidades espirituais e religiosas dos pacientes”. *Gerontologia e medicina geriátrica* vol. 5 2333721419843703. 26 de abril de 2019. Doi: 10.1177 / 2333721419843703.
- [3] Bravin, Ariane Moysés et al. Benefits of spirituality and/or religiosity in patients with Chronic Kidney Disease: an integrative review. *Rev. Bras. Enferm. Brasília*, v. 72, n.2, p.541-551. Apr. 2019. Available from. Access on 30 May 2019. Epub Apr 18, 2019. Doi: 10.1590/0034-7167-2018-0051.
- [4] Chiang, Fani Ching Fen. A importância da espiritualidade na recuperação do paciente cardíaco hospitalizado: uma análise através da capelania hospitalar. 2015. 87 f. Dissertação (Mestrado em Teologia) - Faculdades EST, São Leopoldo, 2015.
- [5] Juvenal, Décimo Júnio. *Satire X*. Tradução de Sueli Ratto. Versão francesa do original em latim. Disponível em <http://www.nimispaucci.com/index.php>. Acesso em 20 out. 2019.
- [6] Langdon, E.J.; Wiik, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*, v. 18, n. 3, p. 459-66, 2010.
- [7] Lavorato-Neto G, Rodrigues L, Turato ER, Campos CJG. Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. *Rev. Bras. Enferm. Brasília*, v. 71, supl. 5, p. 2323-2333, 2018. Available from access on 30 May 2019. Doi: 10.1590/0034-7167-2016-0429.
- [8] _____. The free spirit: spiritualism meanings by a Nursing team on psychiatry. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(2):280-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0428>
- [9] Minayo, Maria Cecília S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- [10] Miranda, Sirlene Lopes De; Lanna, Maria Dos Anjos Lara E and Felipe, Wanderley Chieppe. Spirituality, Depression, and Quality of Life in the Fight of Cancer: an Exploratory Study. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2015, vol.35, n.3, pp.870-885. ISSN 1414-9893. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002342013>.
- [11] Platão. *Fédon (ou da alma)*. Tradução Edson Bini. São Paulo: EDIPRO, 2012.
- [12] Puchalski, Christina M. The hole of spirituality in health care. *BUMC Proceedings, Waco*, v. 14, n. 4, p. 352-357, 2001.
- [13] Silva, C. De F. et al. Espiritualidade e religiosidade em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. *Revista Bioética*, v. 24, n. 2, p.332-343, ago. 2016, ISSN 1983-8034. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242134>>. Acesso em: 21 mai. 2019.
- [14] Walsh, Roger. Lifestyle and mental health. *American Psychologist*, 2011.
- [15] World Health Organization. Definition of Palliative Care, 2014.

Capítulo 17

A fala e escuta como possibilidade de enfrentamento biopsicossocial no tratamento da dependência química

Neudson Johnson Martinho

Gabriel de Lima Araújo

Resumo: O consumo de substâncias que alteram a consciência é uma prática milenar realizada por diversos povos e culturas em diferentes períodos históricos. Contudo, ao longo dos séculos com a mercantilização e intercâmbio global de recursos naturais, as substâncias hoje denominadas “drogas”, perderam seu caráter de elemento social e cultural de outrora. Projetos de ensino, pesquisa e extensão que abordem a temática dependência química é de extrema importância em todo o mundo, em consequência da incidência do aumento constante deste problema social. Nesta perspectiva, desenvolvemos este estudo, o qual é um recorte de um projeto de extensão com dependentes químicos e seus codependentes, desenvolvido por bolsistas do Grupo de Pesquisas PEMEDUTS da Faculdade de Medicina da UFMT na comunidade terapêutica Sítio São José de Anchieta. Metodologicamente teve uma abordagem qualitativa e objetivou descrever a importância dos espaços de fala e escuta como uma possibilidade de estratégia para enfrentamento biopsicossocial no tratamento da dependência química. Ao possibilitar estes espaços de fala entre os dependentes químicos, observamos que reflexões coletivas sobre autoconhecimento e autocuidado foram fluindo através da tessitura de uma relação dialógica e de identificação (de si e do outro), através da roda de conversa. Consideramos que a execução deste projeto possibilitou trabalhar vários fatores que podem facilitar as fases iniciais do processo de tratamento de recuperação dos drogadictos, conduzindo-os ao autoconhecimento, aceitação de si e do outro, assim como, reconhecimento e disposição para mudanças comportamentais. A fala e a escuta curam feridas da alma.

Palavras-chave: Dependência química; Espaços de fala; Espaços de escuta; Mudanças comportamentais.

1. INTRODUÇÃO

Segundo Freud, ao proporcionarmos espaços de fala e escuta a um indivíduo, possibilitamos ao mesmo expressar, conhecer e compreender sua dor consciente ou inconsciente, acessando a parte que desconhece de si mesmo. Nesse contexto, é criado um ambiente de comunicação simbólica onde circulam demandas que necessitam de (re)significações possibilitadoras da manifestação dos conteúdos latentes do inconsciente, trazendo-os para a consciência, levando os sujeitos à uma reflexão compreensiva de suas pulsões. A escuta ativa é uma estratégia fundamental no campo intersubjetivo, funcionando como mecanismo terapêutico eficaz na recuperação de dependentes químicos (MACEDO, 2005).

Szupszynski (2008), enfatiza que desenvolver estudos sobre processos terapêuticos com a população de dependentes químicos é de suma importância, devido ao aumento constante do consumo destas substâncias no mundo, sem desconsiderar as diversas formas de relação entre sujeito, substância e sociedade e o sofrimento advindo destas relações.

Frente a esta problemática social e de saúde pública que assola o mundo, conseqüentemente, também ao Brasil, o Grupo de Pesquisas Multiprofissionais em Educação e Tecnologias em Saúde (PEMEDUTS), que funciona na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), elaborou e desenvolveu um projeto de extensão com dependentes químicos e seus codependentes na comunidade terapêutica São José de Anchieta, localizada no distrito de Capão Grande, Município de Nossa Senhora do Livramento, Estado de Mato Grosso, objetivando descrever a importância dos espaços de fala e escuta como uma possibilidade de estratégia para enfrentamento biopsicossocial no tratamento da dependência química.

Considerando seu objeto de estudo e intervenção, para o desenvolvimento deste projeto foi utilizado o método da roda de conversa, com base na pedagogia de Paulo Freire. Sendo que, para compreensão dos fenômenos apreendidos a partir das falas dos participantes, utilizamos como subsídio a fenomenologia merleau-pontyana, por esta proporcionar reflexões existencialistas em sua essência.

Moura (2014) afirma que as RC são ambientes de fala e de principalmente escuta, nos quais todos os participantes passam se sentir à vontade para partilhar experiências de vida, complementar, concordar ou mesmo discordar de uma outra fala. Portanto, estas possibilitam a construção e reconstrução de conceitos e de argumentos através das narrativas (histórias de vida) e escuta com os pares e consigo mesmo.

Narrativas não são simplesmente falas soltas, elas representam o pensar, viver e sentir de indivíduos com histórias de vida diferentes e singularidades nas suas experiências de vida, de modo que os diálogos, nascidos desse encontro não obedecem a uma mesma lógica (WARSCHAUER, 2002).

Nesta ação extensionista, as rodas de conversas (RC) foram conduzidas pelos alunos bolsistas de extensão e voluntários, membros do Grupo de Pesquisas PEMEDUTS, as quais tiveram sempre um tema gerador e uma dinâmica específica, visando possibilitar reflexões sobre o autoconhecimento e autocuidado, através da relação dialógica e de identificação (de si e do outro), assim como, reconhecer em que etapa de mudança comportamental o jovem reconhecia que se encontrava naquele momento de tratamento.

Ribeiro (2009) ressalta que o processo de reabilitação de jovens dependentes químicos é desafiador tanto para eles, quanto para família e profissionais envolvidos no mesmo. Os desafios são oriundos de diversos fatores envolvidos, tais como: aspectos neurológicos e psicológicos muitas vezes comprometidos, questões sociais e culturais, o adoecimento dos codependentes (familiares) na convivência com um membro drogadicto, todos estes fatores interferem direta ou indiretamente no processo terapêutico.

Os desafios e dificuldades apresentadas por Ribeiro(2009), são corroborados por Nunes (2011), o qual chama a atenção para o fato destes fatores serem cruciais e mais evidenciadas no estágio inicial de mudança comportamental (etapas de pré - ponderação e de ponderação), os quais foram descritos por Prochaska e DiClemente (1982), por serem etapas marcadas por sentimento de ambivalência e dúvidas quanto a disponibilidade em aderir ao tratamento de recuperação (NUNES, 2011).

2. DESVELANDO A EXPERIÊNCIA VIVENCIADA NA EXECUÇÃO DO PROJETO DE EXTENSÃO

Visando que os espaços de fala e escuta promovidos através das rodas de conversas fluíssem com leveza e participação ativa, foi utilizada uma dinâmica facilitadora de acordo com o tema gerador a ser dialogado. Nesta experiência, a dinâmica foi uma música que abordava sobre autoconhecimento (Bruno Resende/Denis Soares), a qual estimulava reflexão quanto a importância do autoconhecimento,

possibilitando fazermos um link com etapas de mudanças comportamentais no processo de recuperação da dependência química, conforme Prochaska e DiClemente (1982).

A roda de conversa dentre várias utilidades, proporciona interação entre pessoas de contextos sociais diferentes, assegurando lugar de fala à pessoas que vêm sendo negligenciadas, caladas e marginalizadas pela sociedade ao longo dos séculos (drogadictos e outros), trabalhando através da partilha de experiências vividas e sofridas, feridas internas ainda em latência. A roda funciona como uma terapia de grupo (KANTORSKI, 2005).

Castanho (2012), corrobora Kantorski, ao afirmar:

é interessante pensar que, quando propomos uma atividade lúdica ou expressiva em um grupo, estar em tarefa não é somente realizar o proposto; de fato, por vezes a proposta é apenas um meio para que se trabalhem determinados aspectos internos e vinculares (CASTANHO, p. 58, 2012).

O processo dinâmico da roda em si é positivo por possibilitar que diversas temáticas subjetivas sejam trabalhadas de forma interdependentes, como a empatia, a identificação, o “conflito” de ideias e comportamentos a resistência à mudança, como observado por Kantorski (2005).

Na roda de conversa que desenvolvemos com os jovens dependentes químicos em recuperação, utilizamos a dinâmica do espelho. Esta, possibilitou-nos trabalhar elementos da existência humana como: o autoconhecimento, a autoaceitação, autoconfiança e crença na capacidade de mudança. Assim foi operacionalizada: Os participantes foram convidados a observar individualmente dentro de uma caixa artesanal a pessoa mais importante para si e refletir sobre os questionamentos que havia para esta pessoa na referida caixa. Cada um deles ao abrir a caixa viam a sua própria imagem refletida no espelho, eles eram as pessoas mais importantes. Acima do espelho tinham as seguintes perguntas escritas: 1- Eu me conheço? Gosto de mim e me aceito? 2- O que é mais importante para mim hoje? 3- Confio na minha capacidade de realizar mudança de vida?

Depois de todos terem olhado dentro da caixa com o espelho, iniciamos a partilha das reflexões quanto aos questionamentos que estavam no espelho, das quais foram relatados percepções das mais variadas. Alguns jovens referiram se conhecerem, outros, que estavam em constante mudança intrapessoal, atribuindo ser quase impossível um autoconhecimento por completo. Contudo, houve concordância entre a maioria dos participantes quanto a importância de terem consciência sobre a importância do autoconhecimento e autoaceitação, para que assim pudessem perceber em qual estado de mudança comportamental se encontravam.

Em relação ao segundo questionamento (Me aceito?), foram unânimes em afirmar, que antes da internação no sítio São José de Anchieta não paravam para pensar se autoaceitavam-se e na realidade não autoaceitavam-se em consequência das condições de sofrimento que vivenciaram no mundo dos vícios. Mas, que ao iniciarem o tratamento, sentiam que estavam vivendo um período de transformação e com isso, mais realizados consigo mesmos, assim, autocitando-se.

Quanto a terceira pergunta (O que é mais importante para mim hoje?), as respostas tiveram um forte componente familiar, muitos revelaram o desejo de rever os filhos, voltar ao seio familiar e reconstruir a vida. Referiram ser difícil abandonar o vício, como até mesmo a abstinência sentida naquele momento da roda, relato de um jovem interno participante da roda.

A última pergunta (Confio na minha capacidade de realizar mudança de vida?), a maioria dos participantes relataram que acreditavam que sim, contudo, três internos afirmaram que ainda não estavam completamente seguros quanto a isso, pois, já haviam tido várias recaídas. Prochaska & DiClemente (1982), referem que na maioria dos casos, os jovens ao observarem fizeram algumas tentativas de mudança no passado, porém, sem êxito, passam a acreditar que não conseguirão novamente. Eles começam a enxergar somente seus defeitos e com isso, não conseguem perceber ou mesmo interrompem qualquer possibilidade de mudança comportamental.

Durante a realização da roda de conversa, percebemos que todos participaram da mesma com entusiasmo e sem sentimentos de medo ou sensação de estarem sob julgamentos, demonstraram empatia durante o depoimento dos colegas, fator essencial para o sucesso das terapias grupais com dependentes químicos como observado por Kantorski (2005).

Segundo Fochesatto (2011), este método terapêutico no qual o indivíduo traz de forma livre de julgamentos ou restrições (Associação Livre) os conteúdos do seu inconsciente (Espaço de fala), e facilitador possibilita um clima de escuta ativa (Atenção flutuante), contribuem para o alívio e eliminação

de traumas e neuroses, por possibilitar ao sujeito descarregar o que estava reprimindo e o adoecendo. Esse movimento de descarregamento dos traumas contidos no inconsciente são eliminados pela fala.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivenciada neste projeto de extensão, quanto ao cuidado à saúde mental de jovens dependentes químicos, foi proveitosa e trouxe a tona novos saberes e fazeres, tanto na dimensão acadêmica, quanto profissional e pessoal, por possibilitar ações interprofissionais e colaborativas entre acadêmicos de diversos cursos da universidade, quebrar paradigmas e pré-conceitos outrora construídos quanto aos drogadictos e forma de tratá-los.

Percebemos que na execução de ações na área de saúde mental, especificamente com jovens dependentes químicos, se faz necessário compreender a subjetividade individual dos internos e não desconsiderar a singularidade de suas demandas, sendo importante observá-los de forma individual, levando em consideração o fator da relação única estabelecida entre sujeito e a substância utilizada, as diferentes fases de recuperação e de experiências vividas por cada um em seu contexto de vida.

O cuidar em saúde mental deve transcender a abordagem somente com psicofármacos, se faz necessário que todos os profissionais da área da saúde compreendam que a subjetividade do outro, a relação terapêutica intersubjetiva e dialógica, possibilita ao cuidador e ao ser cuidado alcançar níveis de saúde mental inenarráveis sob o ponto de vista da ciência positivista.

A saúde mental se constrói a partir da relação construída em espaços de fala e escuta ativa, onde os sujeitos se veem livres para serem eles mesmos, desnudando suas almas e enfrentando seus monstros e fantasmas inconscientes. A fala e a escuta curam feridas da alma.

REFERÊNCIAS

- [1] CASTANHO, Pablo. Uma introdução aos grupos operativos: teoria e técnica. Vínculo-Revista do NESME, v. 9, n. 1, 2012.
- [2] FOCESATTO, W. P. F. A cura pela fala. Anais: Estudos psicanalíticos, n.36. Belo Horizonte - MG, 2011.
- [3] KANTORSKI, Luciane Prado; LISBOA, Liliane de Mello; SOUZA, Jacqueline de. Grupo de prevenção de recaídas de álcool e outras drogas. SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas, v. 1, n. 1, p. 0-0, 2005.
- [4] MACEDO, M.M.K.; FALCÃO, C.N.B. A escuta na psicanálise da escuta. Revista Psychê, São Paulo, v.9, n.15, p. 65-76, jun. 2005.
- [5] MOURA, A.F.; LIMA, M.G. A reinvenção da roda: roda de conversa: um instrumento metodológico possível. Revista Temas em Educação, João Pessoa, v. 23, n.1, p. 98-106, jun. 2014.
- [6] NUNES, S.O.V.; CASTRO, M.R.P. Habilidades Motivacionais. In NUNES, S.O.V.;
- [7] CASTRO, M.R.P. (org.) Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento [online]. Londrina: EDUEL, 2011. p. 67-80.
- [8] PROCHASKA, J. O.; DiClemente, C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, v. 20, p. 161- 173, 1982.
- [9] RIBEIRO, C.T. Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade. Revista Ágora, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p. 333-346, jul. 2009.
- [10] SZUPSZYNSKI, K.P.D.R.; OLIVEIRA, M.S. O modelo transteórico no tratamento da dependência química. Revista Psicologia: Teoria e Prática, v.10, n.1, p. 162-173, 2008.
- [11] WARSCHAUER, C. A roda e o registro: uma parceria entre professor, aluno e conhecimento. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

Capítulo 18

O acompanhamento psicológico na linha de cuidado do sobrepeso e obesidade

Maria Geórgia Duarte de Macêdo

Jelcivane Pinheiro da Costa

Andréa Costa de Andrade

Eliane Azulay Ferreira

Resumo: Muito se investe num modelo de beleza de um corpo magro e exercitado caracterizando um padrão estético de beleza. Nesse contexto, mulheres precisam adaptar-se a valores e padrões que estigmatizam o excesso de peso, insurgindo o sofrimento psicológico, a visão distorcida do si, sentimentos de culpa, tristeza e negativismo. Assim, o objetivo é compreender os aspectos emocionais que levam mulheres obesas a perda da autoestima, indispensável à capacidade volitiva e a satisfação para consigo. A metodologia utilizou 15 registros de atendimentos psicológicos de pacientes com idades entre 22 a 42 anos, com uso de técnicas e estratégias específicas da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), em terapia de grupo, focando nas correções cognitivas que levam a insatisfação com o corpo e nas mudanças de pensamentos automáticos que corroboram para inércia em relação àquilo que causa sofrimento: a obesidade. Dentre os resultados obtidos, verificou-se a importância da resignificação de percepções da vida e atitudes que contribuam para preservação do sentimento positivo sobre si, refletindo no bem-estar pessoal e social. Observou-se que a comida funciona como uma estratégia de controle emocional que pode beneficiar ou não, pois o comportamento alimentar na obesidade é funcional no sentido de livrar-se do contato com estímulos aversivos e, o emagrecimento pode se associar a busca da satisfação pessoal que depende dos padrões sociais. Afinal, a imagem corporal é um veículo de expressão da personalidade e minimizar o sofrimento psicológico, ajudar aos enfrentamentos causados pela obesidade aponta para a necessidade de compreensão e acolhimento daquelas que sofrem com a ditadura da beleza.

Palavras-chave: Obesidade; imagem corporal; psicologia.

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica multifatorial e de difícil controle que vem preocupando governantes, profissionais de saúde e a sociedade em geral. Atualmente, a obesidade é considerada um problema de saúde pública tão importante como a desnutrição (MACEDO *apud* FETT, 2015). Segundo o contexto histórico é a enfermidade metabólica mais antiga que se conhece e aparece na história há mais de vinte mil anos em obras nas quais mulheres obesas eram pintadas e esculpidas, com modelos de beleza.

No entanto, complicações com a obesidade são descritas nos textos de Hipócrates, nos quais as descrições podem levar a morte súbita, muito frequente aos obesos na época. E, embora a obesidade fizesse parte daquele contexto, ela já apresentava uma conotação de desprezo, pois era vista como uma doença social e moral que não dependia da condição de tratamento mas de disciplina e força de vontade, visto que sua origem era atribuída a maus hábitos alimentares (ZOTTIS & LABROCI, 2003).

Dados recentes do Ministério da Saúde apontam que 44,7% das mulheres com mais de 18 anos estão acima do peso ideal (Brasil, 2011). A Organização Mundial da Saúde estimou que o excesso de peso, é responsável por doenças relativas à diabetes, doença hipertensiva, infartos e alguns tipos de câncer (WHO, 2013). Há uma perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou a obesidade como uma epidemia global, que vem afetando não só os países industrializados como também de forma crescente, aqueles em desenvolvimento sobrepondo-se ao problema da fome e desnutrição, existem ainda os enfrentamentos impostos pela sociedade, preconceitos e restrições, imposição de um padrão de beleza, dificuldades nos relacionamentos, transporte, locomoção, vestuário e no trabalho.

Vale ressaltar que as desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdade no acesso a informação determinam, de modo geral a prevalência e o agravamento dessa epidemia. Importante ressaltar que a supervalorização do corpo magro conseqüentemente leva uma rejeição social ao obeso desenvolvendo neles alguns distúrbios de comportamento como a depressão, distorção da auto-imagem e baixa autoestima.

Nos dias atuais, além da mudança do modelo de beleza para um corpo magro, caracterizando um padrão estético de beleza. Os corpos obesos encontram dificuldades nas tarefas mais simples da vida cotidiana, como por exemplo, na higiene corporal e nas tarefas domésticas. Realizar tais tarefas torna-se um desafio, nesse sentido, perder peso significa não só recuperar a qualidade de vida, mas contribuir para a elevação da auto-estima e a auto-imagem sem a preocupação de seguir um padrão de beleza determinado pela sociedade.

Diante dessas considerações, o presente estudo teve como objetivo compreender e avaliar mulheres obesas que sofrem com a distorção da auto-imagem e da auto estima diante do padrão de beleza estabelecido pela sociedade.

2. METODOLOGIA

Como procedimentos metodológicos foram utilizados acompanhamentos psicológicos, os quais fizeram uso de técnicas e estratégias específicas. A Psicologia atuou com terapia de grupo trabalhando à correção de idéias automáticas que levam e mantêm o pensamento “obeso”, por meio da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC). Trata-se aqui de uma pesquisa qualitativa de viés subjetivo.

Em Psicologia, a experiência emocional corretiva (EEC) é essencial quanto ao que se deseja resolver enquanto sintoma deve ter, portanto foco, atividade, planejamento. A especificidade da terapia cognitiva comportamental é focar no problema atual do paciente. A TCC, como também é conhecida, acredita que não são os acontecimentos que definem nossa forma de agir e pensar, mas sim como os interpretamos, por isso o terapeuta cognitivo comportamental tem o objetivo de ajudar a distinguir e intervir em pensamentos considerados automáticos, para assim alterá-los. A seleção de pacientes para este tipo de atendimento é feita a partir de uma avaliação da estrutura de personalidade. A indicação deve considerar, além desta avaliação, o sintoma, síndrome ou quadro clínico e se o paciente apresenta motivação e disposição para mudar.

Considerando o caráter multifatorial da obesidade, o enfrentamento dessa condição clínica envolve ações de promoção da saúde, abordagem corretiva em relação às vivências, costumes alimentares, idéias sobre saúde e autoestima, tratamento dietético, tratamento medicamentoso e tratamento cirúrgico. Inúmeras são as estratégias para a redução do peso. Entretanto, a perda ponderal e a manutenção desta em longo prazo representam, na prática clínica, um problema de difícil manejo, no qual a Nutrição é excelente interveniente.

Referente ao problema em discussão chama-se a atenção ao movimento de resistência que vem circulando algumas manchetes no país, que afirmam: "O mundo diz não às tentações", "O planeta está engordando", "A tendência é de que esse contingente continue crescendo" ou "O problema é tão grave que a Organização Mundial da Saúde (OMS) o classificou de epidemia".

Se a obesidade é uma doença de descontrole e se a pressão social, o apelo ao emagrecimento e a oferta de bens e serviços, tais como diversas terapias, estão na mídia, podemos pensar que há um "interesse" na manutenção deste problema social, bem como na permanência de indivíduos vulneráveis a este controle. Não parece que os meios de comunicação estejam contribuindo satisfatoriamente para o fortalecimento destes sujeitos, fragilizados e adoecidos, e, muito menos, para a prevenção do aumento de peso na população. Como aporte teórico, relacionou-se trabalhos sobre a obesidade e em bases de busca, artigos, livros e legislações.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

Nos dias atuais, além de um ideal de um modelo de beleza para o corpo magro estabelecido, exige das mulheres o controle da sua aparência física, porém, paradoxalmente, convive-se com os lucros das indústrias de alimentos, fomentando o incentivo ao consumo. Cobra-se a magreza enquanto o excesso de peso aumenta expressivamente frente à ingestão de calorias e do sedentarismo.

As mulheres que apresentam obesidade sofrem com complicações que comprometem a saúde e a qualidade de vida, pois é uma condição complexa que está associada não só as enfermidades crônicas, mas uma série de repercussões tais como discriminação laboral e social, isolamento social, perda da autoestima e distorção da autoimagem. Os indivíduos com obesidade precisam adaptar-se a um mundo que possui valores, padrões regras e estruturas em que o excesso de peso e as comorbidades provavelmente são fatores limitantes e estigmatizantes (MACEDO, 2015).

A percepção da imagem corporal representa o autoconceito sobre o julgamento do indivíduo diante do seu tamanho, forma e peso. Muitos sentimentos são envolvidos nesta interface da aparência corporal, em destaque a insatisfação, a depreciação, a distorção e a preocupação com a imagem do corpo apresentada à sociedade (MACEDO, 2015).

Há estudo que mostra uma grande insatisfação com o peso corporal e percepção distorcida, para ambos os sexos, sendo mais intensa entre as mulheres. Para esses autores, as mulheres adultas tendem a se considerar com excesso de peso quando, na verdade, possuem pesos corporais compatíveis com suas respectivas alturas. Em relação às mulheres obesas, elas percebem o excesso de peso e se mostram insatisfeitas com o corpo (PINTO, 2015).

O excesso de peso é um fator que influencia as mulheres obesas negativamente a satisfação com o corpo e a autoimagem. Os comportamentos discriminatórios em mulheres acima do peso são apontados como causas de problemas psicológicos relacionados ao peso, como baixa autoestima, ansiedade, depressão, entre outros. Além desses comportamentos há também a influência da mídia, um reflexo da sociedade, que veicula a idéia de que somente pessoas magras podem ser atraentes, vestir as roupas da moda e serem bem sucedidas. A partir de então um sentimento de inferioridade pode surgir naquelas pessoas que não se enquadram nesses padrões (PINTO, 2015).

4. RESULTADO E DISCUSSAO

Na prática clínica, durante a terapia de grupo, observa-se a utilização da comida como uma estratégia de controle emocional. Sendo assim, ressalta-se que o comportamento alimentar para as mulheres obesas é funcional no sentido de livrá-las do contato com os estímulos aversivos.

Desse modo, lidar com as mudanças de hábitos alimentares é algo complexo que exige um repertório alternativo por parte das mulheres obesas. Diante disso, entende-se que a terapia de grupo objetivando resgatar a autoestima e a autoimagem de mulheres obesas deve ser criteriosa, é necessária a correção cognitiva e comportamental para mudança no estilo de vida.

A imagem corporal é um veículo de expressão de personalidade, da cultura, de costumes e hábitos do cotidiano. A percepção da imagem corporal é influenciada por aspectos psicológicos, sociais, culturais e biológicos e determina a busca pela melhor aparência física, nesse sentido, a obesidade influencia fortemente a imagem corporal.

A distorção da autoimagem traz consequências para a vida social provoca desconforto, sentimentos negativos, gerando sofrimento. Pacientes relatam sentimentos de tristeza, sem vergonha e apresentam forte sentimento de diminuição e desvalorização pessoal.

A imagem corporal negativa provoca uma experiência aversiva e emoção negativa correspondente. Emerge insatisfação com o corpo e a presença de sentimentos depreciativos, de rejeição da própria imagem e baixa autoestima como revelam os relatos das pacientes.

Os achados da pesquisa mostram que a busca pela beleza e perfeição do corpo simboliza sucesso pessoal e profissional, dito isso, as pessoas idealizam desesperadamente uma imagem corporal ideal. Percebe-se que esta busca está relacionada a uma aparência determinada pela sociedade (MACEDO, 2015). Diante disso, a necessidade de aceitação dos outros e de corresponder a um padrão ideal de beleza, o qual exige das mulheres um corpo magro, pode influenciar na maneira como a pessoa obesa se vê e no comportamento.

Os sentimentos de tristeza, vergonha e frustração, constatada nesse estudo, podem levar a depressão, ansiedade, compulsão e bulimia. Nesse sentido, a psicologia remete a necessidade de entender a tristeza como algo que precisa ser compartilhado de modo que as pessoas possam legitimar o lugar de seu sofrimento. As mulheres obesas, em seus relatos, sentem-se julgadas, sofrem preconceitos, escutam adjetivos pejorativos como feio e relaxado, essas experiências estigmatizantes estão associados a depressão, a baixa autoestima e insatisfação com a imagem corporal (MACEDO, 2015).

É relevante ressaltar que os problemas ocasionados pela obesidade e pelo corpo obeso depreciado clamam por intervenções em saúde pública que ajudem as pessoas a enfrentarem a discriminação e a minimizar o sofrimento vivenciado por mulheres obesas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres obesas necessitam de um cuidado em saúde na perspectiva da integralidade, voltado não apenas para o controle da doença crônica, mas também para minimizar o sofrimento psicológico em relação a beleza, para ajudar no enfrentamento dos sentimentos negativos com a auto imagem e baixa autoestima causado pela distorção de pensamentos. Tais considerações apontam para a necessidade de compreensão e acolhimento daquelas que sofrem com a ditadura da beleza.

REFERÊNCIAS

- [1] Macedo, T. T. S. Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. Salvador, Brasil, 2015.
- [2] Pinto, F. Rodrigues, N. Autoimagem e Obesidade: a realidade e suas crenças. São Paulo SP, 2015.
- [3] Zottis, Carolina e Labronici, Liliana Maria. O corpo obeso e a percepção de si. Curitiba PR, 2003. Disponível em <https://revista.ufpr.br>.

Capítulo 19

Abordagem terapêutica educacional para estrutura do ensino por tentativas discretas direcionado a crianças com Transtorno do Espectro Autista

Ana Maria Schulli da Silva

Resumo: Crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) demonstram pouca afetividade, prejuízos na comunicação, na linguagem e na imaginação, conseqüentemente surge a necessidade de preparar os professores para auxiliar esses alunos em seu desenvolvimento escolar, assim, através do Ensino por Tentativas Discretas (DTT) é possível obter maior independência da criança, o qual evidencia-se por ensinar novas habilidades dividindo seqüências complicadas de aprendizado em pequenos passos com conseqüências reforçadoras. Esta pesquisa teve como objetivo descrever sobre a Abordagem Terapêutica Educacional por Tentativas Discretas, e relatar sobre sua eficácia quando utilizada no contexto escolar com crianças autistas. A metodologia utilizada foi descritiva, qualitativa com procedimento técnico de pesquisa bibliográfica em livros e artigos sobre o tema.

Palavras-chave: Autismo, Análise Aplicada do comportamento (ABA), Possibilidades.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Negrine (2004), crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) parecem não perceber os sentimentos dos outros em relação a ela, demonstram pouca afetividade, prejuízos na comunicação e na linguagem, as quais suscitam inquietações no campo educacional para buscar estratégias a serem utilizadas para impulsionar processos de desenvolvimento e aprendizagem que possam reduzir as limitações que a patologia gera. Melo (2003), ressalta que autismo caracteriza-se sempre por desvios qualitativos na comunicação, na interação social e no uso da imaginação.

Lear (2004), conforme citado pela Comunidade Virtual Autismo no Brasil (2006, p.10), conceitua que Análise do Comportamento Aplicada (ABA) é um termo procedente do Behaviorismo, que observa, analisa e explica a associação entre o ambiente, o comportamento humano e a aprendizagem. O Behaviorismo dedica-se na análise objetiva do comportamento observável e mensurável, onde o condicionamento é utilizado para mudar ou modificar comportamentos e auxilia na aprendizagem, no qual um comportamento seguido por um estímulo reforçador resulta em uma probabilidade aumentada de que aquele comportamento ocorra no futuro.

Enfatizado pela Comunidade Virtual Autismo no Brasil (2006, p.12), o Ensino por Tentativas Discretas é uma das metodologias de ensino empregado pelo ABA. Tem configuração estruturada, comandado pelo professor, e evidencia-se por dividir sequências complicadas de aprendizado em passos muito pequenos ou “discretos” (separados) ensinados um de cada vez durante várias “tentativas”, junto com o reforçamento positivo (prêmios) e o grau de “ajuda” que for necessário para que o objetivo seja alcançado. Apesar do termo “DTT” ser constantemente usado como sinônimo de “ABA”, ele não o é. A ABA é mais abrangente e abarca diferentes tipos de intervenções, estratégias de ensino e manejo comportamental. DTT é um método dentro do campo da ABA.

Zanellato e Poker (2012), de acordo com citação de Barberini (2016, p.54), expressam a necessidade de preparar os professores para que possam ter condições de auxiliar e garantir uma educação de qualidade aos alunos que apresentam alguma dificuldade no contexto escolar, isso demanda rever antigas práticas e estar disposto a descobrir novos saberes.

Consequente este artigo pretende responder ao problema de pesquisa quanto a expectativa da Abordagem Terapêutica por Tentativas Discretas no contexto escolar para crianças com Transtorno do Espectro Autista.

Segundo Melo (2003), o autismo pode manifestar-se desde os primeiros dias de vida, em muitos casos despertam a atenção dos pais quando a criança é excessivamente calma e sonolenta ou chora sem controle prolongados de tempo, não gosta de colo ou rejeita o aconchego, não imita, não compartilha sentimentos ou sensações, notam também o aparecimento de comportamentos estereotipados, essas manifestações são as mais comuns observadas, mas não são condições necessárias ou suficientes para o diagnóstico do transtorno do espectro autista.

A Comunidade Virtual Autismo no Brasil (2006), enfatiza que no transtorno do espectro autista, as crianças podem ter diferentes graus de comprometimento nos seguintes aspectos: comunicação, habilidades sociais, habilidades para brincar, processamento visual e auditivo, auto estimulação, dificuldade em aprender pela observação do outro e seu aprendizado é mais lento. Posteriormente podem evitar totalmente o contato social ou serem inseguras, onde as regras sociais podem parecer-lhes muito arbitrarias, complexas e desnorteantes, podendo tornar-se obcecado por um determinado brinquedo ou objeto e perseverar na brincadeira. Demonstram hipersensibilidade a uma série de sons e estímulos visuais que podem ser muito perturbadores, balançam o corpo, abanam as mãos, giram em círculos, demonstram dificuldade com o aprendizado incidental ou ambiental; a manutenção do foco e da atenção no aprendizado pode ser um grande desafio e usualmente requer uma grande dose de repetições para que os conceitos sejam dominados.

O Psicólogo Ivam Lovas foi a primeira pessoa a aplicar os princípios da ABA e DTT para ensinar crianças com transtorno do espectro autista. Em 1987, Lovas publicou o resultado de seu estudo sobre o tratamento de modificação comportamental em crianças com autismo, esse estudo mostrou que em um grupo de 19 crianças, 47% Das crianças que receberam intervenções baseadas em ABA de forma precoce e intensiva (40 horas semanal), atingiram níveis normais de funcionamento intelectual e educacional, e 40% tiveram seus déficits diminuídos consideravelmente relata a Comunidade Virtual Autismo no Brasil (2006).

A aplicação da ciência ABA é utilizada para ensinar crianças com autismo, como enfatiza a Comunidade Virtual Autismo no Brasil (2006), a mesma é utilizada como base para instruções intensivas e estruturadas em situação de um-para-um, onde punições são rejeitadas, concentrando-se na premiação do comportamento desejado, a meta do ensino é que o aprendizado adquirido seja generalizado para situações cotidianas.

Fisher et al. (2011, apud Sella e Ribeiro 2018) Contingências de reforço é de suma importância para o comportamento dos organismos, é importante encontrar no ambiente as contingências para o desenvolvimento de comportamentos de relevância social, em diferentes níveis de complexidade e de maneira efetiva e eficiente, onde pessoas diagnosticadas com TEA podem beneficiar-se com intervenções baseadas em princípios da Análise do comportamento Aplicada.

Na estrutura do ensino por tentativas discretas segundo Smith (2001, apud Sella e Ribeiro 2018), deve ser estruturada considerando os estímulos discriminativos, ajudas e dicas, respostas, consequências e intervalo entre tentativas, onde estímulos discriminativos são propriedades do ambiente que indicam qual será a resposta bem-sucedida em um dado contexto.

De acordo com Catania (1998/1999, apud Sella e Ribeiro 2018), no ensino por tentativas discretas, essas propriedades do ambiente devem incluir como e a que o aprendiz deve responder, Layng et al. (2011, apud Sella e Ribeiro 2018), sendo instruções curtas e claras, Smith (2001, apud Sella e Ribeiro 2018), como: “Levante o pé”, “Pegue a bola”, especificam como a criança deve se comportar em relação a propriedades do ambiente que estabelecem a ocasião para resposta.

Lerman et al. (2016, apud Sella e Ribeiro 2018), o objeto precisa estar evidente para que a criança entenda o comando, após a instrução “Pegar a bola”, a bola precisa estar visível e separada de outros objetos, sendo dois elementos fundamentais: um referente a apresentação da instrução que especifica a resposta a ser reforçada (pegar), o outro a própria bola, que especifica o estímulo que controla a resposta da criança, podem ser necessárias dicas ou ajudas (prompts), que estimula a resposta solicitada, a qual é utilizada temporariamente para evocar a resposta correta nas sessões iniciais afim de ensinar uma nova habilidade, Mueller et al. (2007, apud Sella e Ribeiro 2018). O profissional escolhe entre duas categorias de dicas: dicas de estímulo e dicas de resposta, Grow e Leblanc (2013, apud Sella e Ribeiro 2018). Sendo que as dicas de estímulos são algumas modificações feitas nos materiais utilizados para o ensino, como aumentar o tamanho ou alterar a cor para dar ênfase a um aspecto do estímulo e conduzir a criança emitir a resposta correta. Sempre que o instrutor dá uma instrução verbal, fornece o modelo de como realizar a tarefa, aponta para o estímulo visual correto em um conjunto de figuras ou guia fisicamente a criança à resposta desejada, ao qual é chamado de dicas de resposta, onde o comportamento do profissional que ocasiona a resposta correta, como relata Leblanc (2013, apud Sella e Ribeiro 2018). A resposta esperada precisa ser um comportamento observável, rápido e simples de ser mensurado, para que o terapeuta tenha condições de avaliar com clareza o nível de dificuldade da criança bem como sua quantidade de acertos e erros na execução da tarefa. Respostas de apontar, tocar ou entregar um estímulo são respostas simples que possibilita uma abrangência maior entre elementos de diferentes modalidades (Sella e Ribeiro, 2018).

O componente mais importante do DTT é a apresentação de consequências reforçadoras para o estabelecimento e manutenção do comportamento, sendo impossível o ensino e o fortalecimento de qualquer comportamento operante sem consequências reforçadoras, conforme Sella e Ribeiro (2018). Uma estratégia bastante conhecida para consequência reforçadora é a utilização de economia de fichas, onde a criança recebe fichas pela emissão de respostas corretas e depois troca-as por itens de sua preferência, de acordo com Martin e Pear (1992/2009, apud Sella e Ribeiro 2018). Se o comportamento-alvo for estabelecido e mantido as fichas se tornam reforçadores generalizados. Utilizam-se intervalos entre as tentativas, pausas que demarcam o fim de uma tentativa e o início de outra (Sella & Ribeiro, 2018). A duração do intervalo pode ter relação direta sobre o desempenho da criança, tempo de conclusão do procedimento e estabilidade do desempenho, como cita Holt e Schafer (1973, apud Sella e Ribeiro 2018).

Pode dizer que se ensina quando a criança está aprendendo, todos os mestres sabem o que pretendem ensinar, porém muitos ignoram o que as crianças estão aprendendo, um mestre experiente conhece tão bem o assunto, que esqueceu as dificuldades que ele apresenta aos alunos, tão familiarizado com o que ensina, trabalha rapidamente, as crianças não fazem ideia do que ele está realizando, então passa alguns exercícios e fica impaciente com as crianças porque não sabem fazer a tarefa (Derville, 1976).

Derville (1976), destaca que a formação do hábito vem do condicionamento e para ensinarmos bons hábitos precisamos entender alguns princípios do comportamento como necessidade; repetição; reforço; consistência e influência sobre a força do hábito. Sendo que os hábitos nascem a serviço das necessidades. No decorrer da vida o indivíduo experimenta certas necessidades recorrentes, algumas são físicas e outras

psicológicas como por exemplo a necessidade de companhia, afeição, aprovação, realização e independência, onde para atender essas necessidades o indivíduo precisa realizar certas ações. Os hábitos formam-se pela repetição, afim de desenvolver o hábito e de dar a resposta certa pode a criança ser estimulada a repetir essa resposta sempre que as circunstâncias sejam apropriadas. A repetição depende do reforço, refere-se às consequências que se seguem imediatamente a uma resposta, se a resposta é associada a um resultado satisfatório fortalece-se a tendência para repeti-la, no qual um resultado satisfatório é chamado de reforço positivo. Quando ajudamos as crianças a formar bons hábitos, o objetivo é ajuda-las a associar o bom comportamento a resultados satisfatórios. O reforço precisa ser consistente e aplicado quando a criança dá a resposta certa. Para estabelecer um hábito devemos dar o reforço frequentemente nas primeiras fases. Quando os esforços são reforçados o hábito permanecerá.

2. DESENVOLVIMENTO

Para demonstrar a eficácia da Abordagem Terapêutica Educacional por Tentativas Discretas, foi feito uma revisão sistemática aonde reuniu-se e comparou-se resultados de pesquisas realizadas através da técnica (DTT), para crianças com Transtorno do Espectro Autista no ambiente escolar. O procedimento adotado foi de pesquisa bibliográfica, que é desenvolvida a partir de material já existente, como livros e artigos científicos sobre o tema a ser pesquisado, e tem como vantagem buscar informações em uma ampla fonte de pesquisas (Gil, 2002). A base para a coleta de dados foi o portal de periódicos com foco na Análise Aplicada do Comportamento (ABA). O levantamento das informações foi realizado nas seguintes bases de dados: Journal of Experimental Behavior; Analysis; Acta Comportamentalia; Pubmed e SciELO, em agosto de 2019, limitação com relação ao período de publicação de 2002 a 2019. Foram empregadas palavras chave: autistic (TEA), discrete training (DTT), learning (aprendizado), children (crianças) e school (escola). Após o levantamento inicial, foram removidos os artigos duplicados; em seguida, procedeu-se uma análise dos títulos e resumos de modo a aplicar os critérios de inclusão e exclusão, analisou-se na íntegra (leitura completa dos textos), foram incluídos todos os artigos originais indexados no período entre primeiro de janeiro de 2002 a trinta e um de dezembro de 2019.

Os artigos selecionados apresentaram o ensino, aprendizagem e estatística através da análise e interpretação de tabelas e gráficos, conduzindo a formulação de ideias e conclusões, visando o esclarecimento sobre o DTT aplicado na prática com crianças autistas, realizou-se treinamento das pessoas que desenvolveram as intervenções através do DTT, o qual utilizou-se estímulos discriminativos, ajudas e dicas, respostas, consequências e intervalo entre tentativas, observação em linha de base, anotações dos acertos e erros, o qual os resultados obtidos foram feitos a partir das respostas corretas que foram calculadas e divididas pelo número total de respostas corretas e incorretas, multiplicadas por 100%, finalizou com avaliação pós-teste que avaliou e analisou o crescimento da aprendizagem.

As tabelas e gráficos estatísticos fazem parte de uma linguagem universal, para apresentar dados e descrever informações, o qual torna possível a organização de dados coletados, utilizando números ao descrever os fatos, promovendo uma conexão entre diversos assuntos, facilitando a comparação entre eles, estabelecendo conclusões ao apresentar a síntese do levantamento de dados de forma simples e dinâmica, sendo necessário refletir, questionar e verificar, fazendo uma avaliação crítica, para proporcionar subsídios na tomada de decisões na vida profissional ou pessoal (Peça, 2008).

Clayton e Headley (2018), realizaram treinamento com professores de crianças com (TEA), e aplicaram o (DTT) em três crianças com idade de 5 a 8 anos, o procedimento foi realizado em sala de aula individual entre professor e aluno, trabalhando com dez cartões de memória flash, o qual continha palavras visuais impressas, foram realizados dez ensaios, as respostas corretas foram calculadas e divididas pelo número total de respostas corretas e incorretas, multiplicadas por 100%, a criança verbal pegava o cartão correto dentre três estímulos e dizia a palavra correta para o professor, a criança não verbal pegava o cartão correto dentre três estímulos e entregava para o professor, quando respondia corretamente recebia elogios e um pequeno reforço comestível ou um acesso rápido a um brinquedo, se respondia incorretamente o professor dizia “não” e pedia para criança repetir o processo, tudo era devidamente registrado, durante a intervenção os resultados foram respectivamente 97%, 96% e 89% de acertos e após trinta dias foi feita nova intervenção e os resultados mantiveram-se com alta fidelidade. A integridade da intervenção foi verificada, sugerindo que trabalhos futuros sejam necessários para aprimoramentos, os critérios de domínio dos aplicadores ficaram em 90%, mascarando alguns erros.

Dib e Sturmey (2007), desenvolveram um estudo experimental (DTT), em uma escola particular com crianças com (TEA) para trabalhar a redução de estereotípias e melhoria nos estudos, foram selecionados três crianças de 9 a 12 anos, as aplicações foram realizadas em sala de aula, foi elaborada uma lista de habilidades de ensinamentos identificadas pelos pesquisadores e uma lista de déficits de habilidades, as intervenções foram realizadas individualmente de acordo com a dificuldade de cada criança a qual incluía escrever, matemática e construção de LegosH, os quais receberam avisos verbais, gestuais,

correspondências e imitações, durante a intervenção obtiveram um resultado de 92%, 82% e 86% de acertos. Ocorreram algumas limitações nesta pesquisa, onde não foi realizada uma análise funcional para identificar a causa da estereotipia, notou-se que quanto maior vínculo o professor tem com a criança melhor o desempenho da mesma.

Grindle e Remington (2002), procederam intervenção (DTT) com três crianças com (TEA), com idades de 4, 5 e oito anos, as quais foram ensinadas a identificar imagens de objetos, como meta para o treinamento utilizou-se doze fotografias do mesmo tamanho e ângulo, os procedimentos eram realizados pela manhã e tarde, cada sessão com duração de quinze minutos e separados por um intervalo de quatro horas, eram disponibilizados três exemplos e a criança precisava selecionar o correto entre os exemplos, os resultados da intervenção foram 88%, 77% e 90% de acertos, após um mês foi realizado um pós teste e o resultado da intervenção manteve-se, verificou-se durante as intervenções que atrasos do reforçamento podem atrapalhar a eficiência do treino.

Lafasakis (2007), utilizou o treino (DTT) com três crianças de 4 anos, duas crianças com (TEA), deficiência intelectual e comportamento auto prejudicial, e uma criança com síndrome de down não verbal com graves problemas motores, os pais das crianças foram treinados para ensinar seus filhos em uma escola especial, os comportamentos a serem ensinados eram contato visual, bater palmas e a criança emitir a palavra “ah” (se a boca da criança se abrisse, já era considerado correto), tudo foi criteriosamente registrado, os resultados foram 45%, 58% e 55% de aprendizagem, os dados mostram que a intervenção foi eficaz, mas o estudo não conseguiu identificar os componentes responsáveis pela mudança.

Lerman et al (2013), desenvolveu seu estudo por (DTT), ensinando várias pessoas a utilizarem esse método, uma das crianças que participou da intervenção tinha quatro anos, o procedimento foi realizado em uma clínica universitária em um programa de intervenção precoce com quinze horas semanais, para aprender habilidades linguísticas, expressivas e receptivas, o reforçador utilizado foi elogios a qual demonstrou um resultado positivo de 90% de aprendizagem. Sugere-se mais pesquisas e estratégias de estudos para obter maior sucesso no desenvolvimento dos treinadores.

Eid et al (2017), treinou três mães de crianças autistas para ensinar habilidades motoras para seus filhos, passaram por treinamento em um centro de pesquisa na Arábia Saudita, dedicada a educação e a pesquisa, foram acompanhadas por um terapeuta que participou de todas as fases das instruções e aplicações do (DTT), as crianças com autismo tinham idade de 4 a 6 anos e apresentavam déficits na área de imitação motora, as mães precisavam ensinar as crianças a tocar na cabeça e tocar na barriga, o reforçador era elogios, o treinamento foi feito durante duas semanas, a primeira criança após intervenção apresentou melhora nos comportamentos ensinados em 80% e trinta dias após a intervenção, manteve o comportamento ensinado em 90%, a segunda criança durante o teste apresentou um comportamento de 93% e passado trinta dias da intervenção apresentou 67% do comportamento aprendido, a terceira criança durante o treinamento apresentou o comportamento ensinado em 96% e trinta dias após apresentou 0% de comportamento não generalizando o comportamento. As mães relataram que as habilidades ensinadas foram importantes para o desenvolvimento de seus filhos e que gostaram de participar do treinamento.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A técnica (DTT) se utilizada de maneira adequada, tem grande eficácia para aprendizagem e o desenvolvimento de crianças autistas. A continuidade da intervenção em casa e em outros ambientes que a criança frequenta é de grande importância para generalização. Quanto mais precoce a intervenção, melhor resultado apresenta no desenvolvimento e independência de crianças com transtorno do espectro autista.

Observou-se nesta pesquisa que crianças com Transtorno do Espectro Autista, quando iniciam sua jornada escolar, apresentam algumas limitações, aos quais precisam de um olhar todo especial de todos os envolvidos com o seu aprendizado, assim sendo o Treino por Tentativas Discretas (DTT), entra como um auxílio de grande valia para que a criança autista possa ter um desempenho significativo no ambiente escolar.

Buscando compreender a eficácia da abordagem terapêutica educacional por tentativas discretas na aprendizagem de crianças com transtorno do espectro autista no contexto escolar, realizou-se pesquisas bibliográficas com uma abordagem qualitativa, a respeito do Treino por tentativas discretas (DTT) e Transtorno do Espectro Autista no contexto escolar. Pôde-se comprovar as hipóteses elaboradas descritos

em pesquisas já realizadas, que o (DTT) é uma técnica bastante utilizada a qual tem mostrado resultados satisfatórios.

O Transtorno do Espectro Autista é um fenômeno muito discutido pela sociedade atualmente, mas é importante ressaltar que, se não houver uma atenção especial para essas crianças e uma procura em como ajuda-los, pode ocorrer agravantes que comprometerão o processo escolar da criança, tais como transtornos, advindos desse ocorrido. A partir disso, surgem novas discussões para o problema, como as de conhecer a diversidade de tratamentos e técnicas para o autismo e como são realizados, buscando compara-los e indicar os métodos mais benéficos para a criança autista.

REFERÊNCIAS

- [1] Barberini, K. Y. A escolarização do autista no ensino regular e as práticas pedagógicas. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v.16, n.1, p. 46-55, 2016.
- [2] Clayton M., Headley A. The use of behavioral skills training to improve staff performance of discrete trial training. Behavioral Interventions. 2019;34:136–143. <https://doi.org/10.1002/bin.1656>, 2018.
- [3] DIB M., Sturmy P. Reducing student stereotypy by improving teachers' implementation of discrete-trial teaching. Journal of applied behavior analysis 2007, 40, 339–343, 2007.
- [4] Derville, L. M. T. Psicologia prática no ensino. Tradução de José Reis. Editora Ibrasa, 4ª edição. São Paulo, 1976.
- [5] EID A. M. et al. Training Parents in Saudi Arabia to Implement Discrete Trial Teaching with their Children with Autism Spectrum Disorder. Behav Analysis Practice 10:402–406, 2017.
- [6] Gazeta, 2019. Recuperado em 21 de maio, 2019, de <https://www.gazetadopovo.com.br/educacao/criancas-autistas-sao-mais-criativas-mesmo-sem-estrutura-escolar-adequada-9gp3cr09gnjg81kwyozl8r9ex/> [Links]
- [7] Gil, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. Editora Atlas, 4ª edição. São Paulo, 2002.
- [8] Grindle C. F. Remington B. Discrete-trial training for autistic children when reward is delayed: a comparison of conditioned cue value and response marking. Journal of applied behavior analysis, 2002.
- [9] Lafasakis M. Training parent implementation of discrete-trial teaching: effects on generalization of parent teaching and child correct responding. Journal of applied behavior analysis, 2007.
- [10] Lear, K. Help uslearn: a self-paced training program for aba. parti: training manual. Toronto, Ontario – Canada, 2ª edição, 2004. Traduzido para o Português por Comunidade Virtual Autismo no Brasil, 2006.
- [11] Lerman D. C. et al. Training adults with an autism spectrum disorder to conduct discrete-trial training for young children with autism: a pilot study. Journal of applied behavior analysis, 2013.
- [12] Mello, A. M. S. R. Autismo guia prático. Edição em PDF, AMA – Associação de Amigos do Autista. Cambuci, SP, 2003.
- [13] Negrine, A. S. Autismo infantil e terapia psicomotriz. Editora Educs, Caxias do Sul, 2004.
- [14] Peça C. M. K. Análise e interpretação de tabelas e gráficos estatísticos utilizando dados interdisciplinares. 2008 disponível em < www.diaadiaeducacao.pr.gov.br > portals > pde > arquivos > [Links] Prodanov, C. C; Freitas, E. C. Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. 2. Ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
- [15] Sampieri, R, H. Metodologia de Pesquisa. Penso Editora LTDA, 5ª edição. Porto Alegre, RS, 2013.
- [16] Sella, A. C., Ribeiro, M. D. Análise do Comportamento Aplicada ao Transtorno do Espectro Autista. Editora Appris, 1ª edição. Curitiba, PR, 2018.

Capítulo 20

Os aspectos diagnósticos para o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade na primeira infância

Pollyane de Paula Santos

Patrícia Morais da Silva

Milena Borges Teixeira

Maria Luana Pereira Dias

Gleiciane da Silva Everton

Renata de Sá Ribeiro

Resumo: Introdução: O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é um transtorno mental de causa neurobiológica onde seus sinais e sintomas aparecem normalmente na primeira infância. O TDAH é caracterizado por uma tríade comportamental de desatenção, impulsividade e hiperatividade, a criança portadora é reconhecida pela sociedade ou familiares como uma criança sem educação ou até mesmo sem limites. O TDAH é uma doença neuropsiquiátrica crônica, que se inicia na infância, mas que pode acompanhar o indivíduo ao longo de seu desenvolvimento. Assim os objetivos do estudo direcionam-se em demonstrar quais as formas utilizadas para o diagnóstico do TDAH na primeira infância comparando informações encontradas em livros, artigos, teses e dissertações publicados entre os anos de 2001 a 2019. **Método:** Pesquisa bibliográfica do tipo exploratória de abordagem qualitativa, fundamentada em livros, artigos, teses e dissertações sem limites anuais em bancos de dados da Scientific Electronic Libraly Online (SCIELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Biblioteca Virtual Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). **Resultados e Discussão:** O TDAH é descrito pela maioria das pesquisas atuais como um dos transtornos neuropsiquiátricos mais comuns à infância, estimativas acerca do TDAH indicam que o transtorno afetaria 7 % da população mundial e teria como tratamento, muitas vezes único e exclusivo, a prescrição de psicofármacos. **Considerações Finais:** As interações entre pais, filhos e escola, aonde pelo menos uma criança apresenta TDAH se caracteriza geralmente como conflituosa, estressante e desgastante, tendo em vista a falta de conhecimento acerca do transtorno, mesmo pelos educadores.

Palavras Chave: TDAH. Hiperatividade. Transtorno. Tratamento.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é um transtorno mental de causa neurobiológica onde seus sinais e sintomas aparecem normalmente na primeira infância.

É caracterizado por uma tríade comportamental de desatenção, impulsividade e hiperatividade, a criança portadora é reconhecida pela sociedade ou familiares como uma criança sem educação ou até mesmo sem limites (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014). Segundo Wilens et al. (2004), o TDAH é uma doença neuropsiquiátrica crônica, que se inicia na infância, mas que pode acompanhar o indivíduo ao longo de seu desenvolvimento. A sua causa ainda não é esclarecida, mas há indícios de que sua origem possa ser de forma multifatorial, abrangendo desde uma possível causa genética até fatores externos como o estresse. Os dados que fundamentam essa ideia vêm de pesquisas neurológicas, a partir de tecnologias de imagem cerebral e estudos de biologia molecular (CALIMAN, 2008). O diagnóstico é clínico e tem como objeto fundamental: O sistema de classificação DSM-IV; CID-10; avaliação pós questionário realizado pelos pais, professores e profissionais da saúde; e exame de imagem que pode auxiliar no diagnóstico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014). Apesar de apresentar relevância na saúde pública em países de primeiro mundo como os Estados Unidos da América (EUA), no Brasil crianças com alterações comportamentais que apresentam tipicamente a tríade do TDAH são rotuladas como mal educadas e a sociedade civil impõe a responsabilidade sobre os pais por elas apresentarem tal comportamento (FARIAS, 2017). Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) art. 7º, a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. Contudo questiona-se como o estudo, como é diagnosticado o TDAH na primeira infância? O estudo é de relevância devido o TDAH trazer comorbidades na vida social e acadêmica a um futuro em que jovens e adolescentes tem maior predisposição a depressão, ansiedade e dependência química, as discussões acerca da temática pode esclarecer de maneira positiva quanto a profilaxia de futuros transtornos ocasionados pelo TDAH e de que forma podem ser minimizados ou até mesmo prevenidos através de um tratamento conjunto entre família, profissionais da saúde e educadores. Assim os objetivos do estudo direcionam-se em demonstrar quais as formas utilizadas para o diagnóstico do TDAH na primeira infância comparando informações encontradas em livros, artigos, teses e dissertações publicados entre os anos de 2001 a 2019.

2. MÉTODO

Pesquisa bibliográfica do tipo exploratória de abordagem qualitativa, fundamentada em livros, artigos, teses e dissertações sem limites anuais em bancos de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Biblioteca Virtual Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), por meio dos descritores: “Hiperatividade, transtorno, déficit e Atenção, TDAH”, sendo selecionadas 15 literaturas, em idioma português do Brasil, com publicação de 2001 a 2019.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O TDAH é descrito pela maioria das pesquisas atuais como um dos transtornos neuropsiquiátricos mais comuns à infância, estimativas acerca do TDAH indicam que o transtorno afetaria 7 % da população mundial e teria como tratamento, muitas vezes único e exclusivo, a prescrição de psicofármacos (CRUZ, OKAMOTO E FERRAZZA, 2016). No Brasil, estima-se que 50% a 80% das pessoas que tiveram TDAH na infância continuaram a apresentar na vida adulta, sintomas significativos associados a importantes prejuízos em diversas esferas da vida cotidiana (BENCZIK E CASELLA, 2015). Hoje temos o Projeto de Lei (PL) 7.081/10, para que crianças em idade escolar tenham acompanhamento escolar integral, ela foi aprovada recentemente no dia 10 de abril de 2019 pela Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) na Câmara dos Deputados, que no momento aguarda a sanção pelo Presidente da República atual. Conforme o PL 7.081/10 art.2º: As escolas de educação básica das redes públicas e privadas, com apoio da família e dos serviços de saúde existentes, devem garantir o cuidado e a proteção ao educando com dislexia, TDAH ou outro transtorno de aprendizagem, com vista ao seu pleno desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, com auxílio das redes de proteção social existentes no território, de natureza governamental, ou não governamental (BRASIL,2019). Segundo Andrade (2003) as escalas mais utilizadas para um possível diagnóstico clínico de TDAH são: Entrevista Diagnóstica Infantil Revisada, Inventário de questionamento infantil e questionário de Conners.

Contudo a Associação brasileira do Déficit de Atenção- ABDA (2019), informa que para diagnóstico em crianças o questionário utilizado é Swanson Nolan and Pelham (SNAP-IV), questionário idealizado por James Swanson, Edith Nolan e William Pelham a partir do DSM-V. Nos critérios para diagnóstico do TDAH, o paciente deve apresentar desatenção ou hiperatividade/impulsividade onde ambas são descritas por 9 características distintas, e que durante a avaliação clínica o paciente apresente impreterivelmente 6 ou mais dos sintomas descritos. Para auxiliar o diagnóstico clínico são utilizados ainda exames, como o eletroencefalograma e ressonância magnética (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014). Pereira et al. (2012) refere que o questionário SNAP-IV, auxilia em um diagnóstico prévio do TDAH, o questionário apresenta 18 questões de caráter primário, e scores de 0 a 3. O SNAP-IV é composto por 18 sintomas do TDAH, entre sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade onde devem ser pontuados por pais e professores em uma escala de quatro níveis de gravidade (Quadro 1). Nos EUA, a resolução S.370/2004 reconheceu o TDAH como um transtorno prioritário na saúde pública americana, proclamando o dia 07 de setembro como o “Dia da Consciência Nacional sobre o TDAH” (KREMER, 2016). A respeito do desenvolvimento, o TDAH possui predisposição biológica forte, basicamente hereditária, nem mesmo a maior defesa desse ponto de vista poderia contestar os efeitos poderosos que essa diferença nas interações sociais deve produzir na expressão desse transtorno na criança (BENCZIK E CASELLA, 2015).

Quadro 1. SNAP-IV modelo adaptado.

Nome Série	Idade:	Respostas			
		Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
OBS: Para cada item, escolha a coluna que melhor descreve o(a) aluno (a) e marque um X					
Questões					
1 - Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.					
2 - Tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer.					
3 - Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.					
4 - Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas e obrigações.					
5 - Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.					
6 - Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefa que exigem esforço mental prolongado.					
7 - Perde coisas necessárias para atividades (por exemplo, brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).					
8 - Distrai-se com estímulos externos.					
9 - É esquecido em atividades do dia a dia.					
10 - Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.					
11 - Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.					
12 - Corre de um lado para outro ou sobe nas mobilhas em situações em que isso é inapropriado.					
13 - Tem dificuldade para brincar ou envolve-se em atividades de lazer de forma calma.					
14 - Não para ou costuma estar “mil por hora”.					
15 - Fala em excesso.					
16 - Responde às perguntas de forma precipitada antes que elas sejam terminadas.					
17 - Tem dificuldade para esperar sua vez.					
18 - Interrompe os outros ou se intromete (por exemplo, intromete em conversas/jogos).					
Como Avaliar 1: Havendo pelo menos 6 itens marcados como “Bastante” OU “Demais” de 1 a 9 = existem mais sintomas de desatenção que o esperado numa criança ou adolescente.					
Como Avaliar 2: havendo pelo menos 6 itens marcado como “Bastante” ou “Demais de 10 a 18 = existem mais sintomas de hiperatividade e impulsividade que o esperado numa criança ou adolescente.					

Fonte: Matos et al., 2006.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As interações entre pais, filhos e escola, aonde pelo menos uma criança apresenta TDAH se caracteriza geralmente como conflituosa, estressante e desgastante, tendo em vista a falta de conhecimento acerca do transtorno, mesmo pelos educadores. Os dados apontam ainda reincidência dos sintomas ainda na fase adulta, implicando no desenvolvimento psicossocial desses indivíduos. Nota-se ainda limitações acerca de estudos referentes ao assunto, apesar da proporção alta de portadores de TDAH tanto em nível mundial quanto nacional. É necessário políticas públicas para a área de saúde mental sejam, de vez por todas, na área do TDAH, tendo em visto o alto custo no tratamento, diagnóstico e poucos trabalhos que orientem acerca do mesmo.

REFERÊNCIAS

- [1] American Psychiatric Association et al. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora, 2014. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=ptbr&lr=&id=ql4rdaaaqbaj&oi=fnd&pg=pt13&dq=manual+diagn%C3%93stico+e+estat%C3%8dstico+de+transtornos+mentais&ots=nq2jyaxbfy&sig=jp7u5kihznkel_09r2fggug_go#v=onepage&q=manual%20diagn%C3%93stico%20e%20estat%C3%8dstico%20de%20transtornos%20mentais&f=false>. acesso em: 21 mai. 2019.
- [2] Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente, Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dou de 16/07/1990 - ECA. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 21 mai. 2019.
- [3] Caliman, Luciana Vieira. O Tdah: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. Psicologia em estudo, v. 13, n. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2871/287122110017.pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2019.
- [4] Kremer, Carine Antonia; MATOS, Luís Alberto Lourenço de. Medicalização dos Transtornos de Aprendizagem: mudanças na vida de uma criança. 2016. Disponível em: <http://ri.unir.br/jspui/bitstream/123456789/1433/1/Carine%20A.%20Kremer_Medicaliza%C3%A7%C3%A3o%20dos%20transtornos%20de%20aprendizagem.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2019.
- [5] Wilens, TE, & Dodson, W. (2004). Uma Perspectiva Clínica do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade na Idade Adulta. The Journal of Clinical Psychiatry, 65 (10), 1301-1313. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v65n1003>>. Acesso em: 21 mai. 2019.

Capítulo 21

O impacto do Projeto "Castração Amiga" para discentes e comunidade de Rio Verde no ano de 2018

Tales Dias do Prado

Anátza Simão Zucatto do Amaral

Elton Brás Camargo Júnior

Leandro Ribeiro Miwa

Helen dos Santos Ribeiro

Paloma Oliveira mendes

Resumo: No Brasil, em virtude da ausência de políticas públicas efetivas de controle populacional, milhares de cães e gatos nascem diariamente originando superpopulações. O projeto de extensão universitária "Castração Amiga" possui como característica primordial a formação complementar dos alunos de Medicina Veterinária da instituição e orientação da população carente de Rio Verde – GO, com relação a conceitos básicos de higiene veterinária e saúde pública e controle populacional dos cães e gatos oriundo de lares carentes do município de Rio Verde. Os objetivos do projeto são suprir uma necessidade de prestação de serviços à comunidade, através da castração de cães e gatos, aproximando-a da Universidade e contribuir na formação dos acadêmicos do curso de Medicina Veterinária. Para tal, até o momento, foram realizadas 18 castrações de cães e gatos machos oriundos de domicílios carentes da cidade de rio Verde – GO. Além disso, tutores e acadêmicos do curso de Medicina Veterinária tiveram a oportunidade de participar de uma palestra sobre os aspectos legais da guarda responsável e, ainda, tiveram parâmetros fisiológicos aferidos por discentes do curso de Enfermagem da Universidade de Rio Verde. Os resultados destas interações foram bastante promissores e tanto acadêmicos como tutores demonstraram ter entendido a importância dos cuidados com os animais de companhia. O projeto Castração Amiga atingiu seu objetivo, uma vez que proporcionou aos acadêmicos a oportunidade de colocar em prática os conhecimentos adquiridos na disciplina de Cirurgia Veterinária, além de propiciar o contato direto com tutores, que os levaram a experimentar as situações reais que serão futuramente vivenciadas.

Palavras-chave: canina, esterilização cirúrgica, guarda responsável, orquiectomia

1. INTRODUÇÃO

Segundo a 1ª edição da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2013), feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, existem mais cachorros de estimação do que crianças. A população de gatos em domicílios brasileiros foi estimada em 22,1 milhões, o que representa aproximadamente 1,9 gato por domicílio que tem esse animal (COSTA, 2015). A população canina e felina em Goiás é de, aproximadamente, 1.237.000, só no município de Rio Verde, existem mais de 30.000 animais.

A orquiectomia constitui um dos procedimentos mais habitualmente realizados em pequenos animais, com vista ao controle da população, além da prevenção de doenças (OLIVEIRA, 2007; TROMPOWSKY et al., 2007) e, em alguns países, adicionalmente, o método visa reduzir o número de animais submetidos à eutanásia por possibilitar uma posterior adoção (NELSON & COUTO, 1998). Além disso, constitui-se no procedimento de eleição para a terapia de doenças do aparelho reprodutor (CASTRO et al., 2004; MALM et al., 2004 e TROMPOWSKY et al., 2007).

O projeto de extensão universitária da UniRV nomeado de “Castração Amiga”, iniciou suas atividades no ano 2014 e beneficiou aproximadamente 300 cães e gatos, objetivando o bem-estar dos mesmos e disseminação de conhecimentos ligados à saúde e ao bem estar dos animais de pequenos porte entre os acadêmicos do curso de medicina veterinária e tutores.

Atualmente, segue fundamentalmente a mesma linha, com característica primordial de formação complementar dos alunos de Medicina Veterinária da instituição e orientação da população carente de Rio Verde – GO, com relação a conceitos básicos de higiene veterinária e saúde pública e controle populacional dos cães e gatos oriundo de lares carentes do município de Rio Verde.

O objetivo do projeto “Castração Amiga” é suprir uma necessidade de prestação de serviços à comunidade, aproximando-a da Universidade e contribuir na formação dos acadêmicos do curso de Medicina Veterinária. Ainda, proporcionar à comunidade carente da cidade de Rio Verde a possibilidade de esterilização cirúrgica de cães e gatos machos e conscientizá-la sobre os aspectos referentes à posse responsável de animais de companhia, servindo de ponte entre a guarda responsável de um animal de estimação e o entendimento dos cuidados mínimos e essenciais que ele deve receber.

2. DESENVOLVIMENTO

O trabalho foi desenvolvido no primeiro semestre do ano de 2018, e terá continuidade no segundo semestre do mesmo ano. Participaram acadêmicos regularmente matriculados na disciplina de Clínica Cirúrgica de Pequenos Animais, do curso de Medicina Veterinária da Universidade de Rio Verde, assim como acadêmicos do curso de Enfermagem da mesma instituição.

Pretende-se atender cerca de 60 animais (cães e gatos) machos ao longo do ano, envolvendo tutores, alunos e professores de forma a disseminar conhecimentos básicos e atender à necessidade da comunidade.

Os animais da primeira etapa foram selecionados durante o projeto Clínica Itinerante, da Faculdade de Medicina Veterinária da Universidade de Rio Verde e posteriormente submetidos a exames clínicos e análises laboratoriais que comprovaram o bom estado de saúde para que pudessem ser submetidos ao procedimento de orquiectomia (castração) eletiva.

Os animais foram operados por alunos do 9º período, que cursavam a disciplina de Clínica Cirúrgica de Pequenos Animais, sob orientação do professor de Cirurgia Veterinária da Universidade de Rio Verde, coordenador do projeto. Para tal, os alunos receberam treinamento prévio e permaneceram sob intensa supervisão do professor. A técnica cirúrgica utilizada foi a orquiectomia escrotal aberta, para todos os animais.

Um professor do Curso de Direito da Universidade de Iporá ministrou uma importante palestra acerca das responsabilidades Legais dos tutores e das leis que regem esta relação. Após a palestra, uma equipe de discentes do curso de Enfermagem da Universidade de Rio Verde promoveu ações de saúde preventiva, através da aferição da pressão arterial e glicemia. O intuito do projeto foi promover não só a saúde animal, mas também da população.

3. ANÁLISE

Foram selecionados 75 animais, oriundos de 55 lares de tutores carentes, sendo eles 52 cães e 13 gatos. Após a realização das avaliações clínicas e exames laboratoriais observou-se que alguns animais não possuíam condições clínicas de para serem castrados. Assim, após os exames, 24 cães e 19 gatos foram castrados. Os animais que apresentaram alterações e não puderam ser castrados receberam tratamento para as afecções apresentadas.

De forma geral, os animais atendidos eram considerados jovens. Os cães apresentaram idade média de 1,5 anos, enquanto os gatos apresentaram média de 2,8 anos. Tal fato dá-se em função da maior conscientização, por parte dos tutores, quanto a importância de realizar a castração o mais cedo possível.

Todos os procedimentos cirúrgicos transcorreram normalmente, sem complicações e sem a necessidade da intervenção do professor. Os discentes do curso de Medicina Veterinária envolvidos nos procedimentos de castração demonstraram-se aptos a realizar tais procedimentos com habilidade e atenção de profissionais já atuantes no mercado (Figura 01).

Figura 01 – Acadêmicos do curso de Medicina Veterinária da Universidade de Rio Verde em procedimento cirúrgico de orquiectomia.



Fonte: acervo pessoal

Segundo a acadêmica Paloma Oliveira *"O aprendizado teórico deve ser sempre complementado por procedimentos práticos e este projeto contribuiu muito com a prática, me preparando para ser uma profissional mais confiante"*. Já o acadêmico Daniel Alves concluiu que *"Não só a prática das cirurgias, mas também o contato com os tutores e outros profissionais, foram fundamentais para minha formação"*.

Os tutores dos animais envolvidos no projeto e vários acadêmicos do curso de Medicina Veterinária tiveram a oportunidade de participar de uma palestra (Figura 02) intitulada "Aspectos Legais da Guarda Responsável" ministrada por um professor do curso de Direito. A palestra abrangeu inúmeras nuances da guarda responsável com intuito de que acadêmicos e tutores compreendessem seus deveres para com os animais de estimação.

Figura 02 – Palestra sobre Aspectos Legais da Guarda Responsável com o professor Me. Leandro Ribeiro Miwa.



Fonte: acervo pessoal

A palestra gerou inúmeros questionamentos, que foram prontamente respondidos e gerou na plateia uma saudável discussão sobre a importância dos cuidados com os animais de estimação. A tutora Sonia Ferreira disse "*Após esta palestra aprendi a ter zelo pelos meus animais*". Já a acadêmica Michelle Furtado Guimarães disse "*Na minha opinião é extremamente importante que todos os acadêmicos de Medicina Veterinária entendam sobre as ações de guarda responsável, para que possam transmitir aos tutores*".

Além da castração dos animais de companhia, os tutores receberam atendimentos por uma equipe de acadêmicos do curso de Enfermagem, que aferiram parâmetros básicos como glicemia e pressão arterial. Entre tutores e acadêmicos, 55 pessoas foram atendidas e observou-se que uma pessoa apresentou pressão arterial acima dos níveis esperados e 5 apresentaram a glicemia também acima dos níveis esperados. Então, todos foram orientados a procurarem atendimento médico.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto Castração Amiga atingiu seu objetivo, uma vez que proporcionou aos acadêmicos a oportunidade de colocar em prática os conhecimentos adquiridos na disciplina de Cirurgia Veterinária, além de propiciar o contato direto com tutores, que os levaram a experimentar as situações reais que serão futuramente vivenciadas. Ainda, houve grande êxito com relação aos tutores envolvidos, uma vez que eles demonstraram ter absorvido os conceitos relacionados à guarda responsável, o que garante maior cuidado para com seus animais de estimação. Deve-se, também, ressaltar a importância da equipe do curso de Enfermagem, que detectou alterações que podem ser importantes do ponto de vista clínico e orientaram as pessoas sobre como proceder nesta situação.

5. AGRADECIMENTOS

À Universidade de Rio Verde, pela concessão da bolsa e pelo apoio em todos os aspectos da realização deste projeto.

REFERÊNCIAS

- [1] Castro, R.D.; Pachaly, J.R.; Montiani- Ferreira, F. Técnica alternativa para ligaduras vascular em massa na ovariectomia em cadelas: relato preliminar. Arquivos de Ciências Veterinárias e Zoologia-UNIPAR, Casacavel, v.7, n.2, p.44, 2004.
- [2] Costa, M. IBGE divulga dados sobre pets no País. O Popular on line, 2015. Disponível em: <https://www20.opovo.com.br/app/colunas/eobicho/2015/06/06/noticiaseobicho,3448932/ibge-divulga-dados-sobre-pets-no-pais.shtml>
- [3] Hedlund, C. S.; Cirurgias dos sistemas reprodutivo e genital. In Fossum, T. W.; Cirurgia de Pequenos Animais. 2. ed. São Paulo: Roca, 2005. Cap. 28, p. 610-617.
- [4] Malm, C.; Savassi-ROCHA, P.R.; Gheller, V.A.; Oliveira, H.P.; Lamounier, A.R.; Foltynneck, V. Ovariectomia: estudo experimental comparativo entre as abordagens laparoscópicas e aberta na espécie canina. Intra-operatório-I. Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia, Belo Horizonte, v.56, n.4, 2004.
- [5] Nelson, R.W.; Couto. C.G. Distúrbios do ciclo estral. In: Medicina interna de pequenos animais, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 659-675.
- [6] Oliveira, K. S. Síndrome do ovário remanescente. Acta Scientiae Veterinarie, Porto Alegre, v. 35, supl. 2, p, 273-274, 2007.
- [7] Trompowsky, A. C. M. V.; Pliego, C. M.; Ferreira, M. L. G.; Nunes, V. A.; Santos, M. C. S. Relato de quatro casos de hidronefrose secundária a ovariectomia-salpingohisterectomia (OSH) em cadelas. Acta Scientiae Veterinariae, Porto Alegre. v.35 (supl 2), p.344-345, 2007.

Capítulo 22

*A extensão como proposta de horizontalização no combate ao *Aedes Aegypti**

Sonia Vivian de Jezus

Kairo Adriano Ribeiro de Carvalho

Thais Badini Vieira

Rosângela Guerino Masochini

Alan Nogueira da Cunha

Márcia Carolina de Siqueira Paese

Resumo: O projeto “Combate ao *Aedes aegypti* e prevenção de arboviroses”, desenvolvido na Universidade Federal de Mato Grosso, Campus de Sinop, objetivou aplicar estratégias mecânicas de combate ao *Aedes aegypti*, visando a participação da comunidade acadêmica na promoção da saúde da população. Desta forma, foram realizadas visitas técnicas semanais na universidade, com coleta dos resíduos descartados incorretamente, eliminando possíveis focos do mosquito; bem como a coleta e identificação das larvas encontradas; além de campanhas durante eventos realizados no município, onde as pessoas foram abordadas individualmente para a entrega de panfleto e explanação sobre formas de prevenção e combate das arboviroses. Durante as visitas técnicas foram encontradas 59 larvas, 11 pupas e 7 mosquitos adultos. Houve a participação em três eventos sociais ocorridos no município, sendo dois “mexa-se” (2017/2018) e uma “ação global” (2017), exibindo pôster com os principais cuidados para o combate ao *Aedes aegypti* e a prevenção das arboviroses, distribuindo panfletos cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde (apresentam, inclusive, um canal 0800 para denúncias). As ações realizadas no projeto proporcionaram um conhecimento ampliado sobre as formas de prevenção das doenças que possuem o *Aedes Aegypti* como vetor e maior conscientização da população sobre o assunto.

Palavras chave: Aedes. Educação em Saúde. Relações Comunidade-Instituição.

1. INTRODUÇÃO

De origem africana e tropismo por regiões subtropicais e tropicais, o *Aedes aegypti* foi um importante vetor da febre amarela no Brasil. Embora tenha sido erradicado do país nos anos de 1950, retornou ainda mais adaptado às condições urbanas depois de 1970 (BRASIL, 2008). Atualmente é o mais importante vetor das arboviroses (dengue, zika, chikungunya e outras) e também um dos objetos de combate do Programa Nacional de Combate a Dengue, do Ministério da Saúde. No entanto, o *Aedes aegypti* não é o único transmissor da dengue, a qual pode ser transmitida ainda pelo *Aedes albopictus* (Brasil, 2008).

A vigilância em saúde pública para o *Aedes aegypti* tem nos permitido uma maior compreensão da complexidade das doenças transmitidas por esse vetor. Assim, é graças ao monitoramento do número de casos e da distribuição geográfica do mosquito ao longo do tempo que podemos pensar em estratégias mais eficientes para combatermos o *Aedes aegypti*.

O ciclo de transmissão dessas doenças envolve o vírus, o vetor e o homem (Santos, 2009). Nesse sentido, acreditou-se na erradicação do mosquito como forma de prevenção dos agravos à saúde. No entanto, como podemos ver através da re-emergente febre amarela, não se constrói uma nova história sobre velhos hábitos, ou seja, é preciso mudar nossa postura de combate e enfretamento ao *Aedes*.

As principais medidas de controle e prevenção para o *Aedes* mostram-se insuficientes. Talvez, a principal razão desse insucesso seja porque o enfoque das campanhas de combate se concentra no controle do mosquito pelo uso de inseticidas/larvicidas ou pela estrutura verticalizada de combate ao vetor, na qual o Ministério da Saúde despende milhões em campanhas publicitárias de apelo ao combate ao inseto.

Queremos, por assim dizer, que é preciso mudar a abordagem para esse problema, atribuindo maior participação e responsabilidade à comunidade através de campanhas mais envolventes, onde o cidadão perceba a sua importância enquanto sujeito ativo na saúde de todos.

Além disso, as instruções de prevenção e combate também precisam ser reformuladas, pois a maioria da população até sabe como combater o *Aedes*, mas não o faz por negligência, por desconhecimento do verdadeiro potencial do mosquito para grandes epidemias de arboviroses ou por entendimento de que é papel do poder público garantir à saúde de todos.

Dessa maneira a mudança na abordagem da prevenção e do combate ao *Aedes aegypti* pode ser uma maneira de economizarmos milhões e ainda melhorarmos a qualidade de vida das pessoas.

Pensando nisso, o projeto “combate ao *Aedes aegypti* e prevenção de arboviroses” é desenvolvimento pela Universidade Federal de Mato Grosso, Campus de Sinop, e tem como objeto de estudo as estratégias mecânicas de combate ao *Aedes* e a propagação dessas estratégias à população sinopense, visando à participação social na promoção da saúde coletiva.

2. PROCESSOS METODOLÓGICOS DO PROJETO

O projeto é estruturado pela Comissão de Controle do *Aedes Aegypti* e Prevenção de Arboviroses, UFMT-Campus de Sinop (CCAAPA) e dois grupos de participantes constituídos por docentes e discentes.

A CCAAPA é responsável pela solicitação da participação do projeto de extensão nos eventos sociais que ocorrem dentro do município, pela solicitação e coleta de panfletos junto à Secretaria Municipal de Saúde e pela distribuição dos participantes para a formação dos grupos.

Já os grupos são responsáveis pelas visitas técnicas realizadas dentro do Campus, pela confecção de relatórios resultantes dessas visitas, pela coleta de resíduos que sirvam como foco de oviposição do *Aedes*. A eliminação dos criadouros encontrados, a coleta de larvas/pupas e a identificação laboratorial delas também é tarefa dos grupos.

No entanto, a participação nos eventos sociais do município é trabalho comum à CCAAPA e aos dois grupos constituintes do projeto.

Nesse cenário, há um ganho mútuo entre os envolvidos, pois o professor encontra uma forma de transporte a teoria em prática, atribuindo à vivência aos alunos daquilo que se discute em sala; o aluno ganha contexto para referenciar suas leituras e seus questionamentos sobre a teoria recebida; e a comunidade tem sua realidade transformada, já que se cria uma ponte entre o conhecimento (gerado pelas instituições de ensino) e a prática (resultante da proximidade entre alunos e cidadãos), alterando sua percepção sobre o tema.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO

Como resultado das ações da Comissão de Combate ao *Aedes Aegypti* e a Prevenção de Arboviroses, o projeto se fez presente em três eventos sociais: segunda fase do “MEXA-SE/2017”; “Ação Global/2017” e primeira fase do “Mexa-SE/2018”.

O Mexa-SE é um projeto de extensão da Universidade Federal de Mato Grosso que visa conscientizar a população sobre a importância da atividade física e alimentação saudável no cotidiano de suas vidas. É de ocorrência anual e está dividido em duas fases: fase 1 (primeiro semestre do ano) e fase 2 (no segundo semestre do ano).

O ação global é um evento oriundo da parceria da TV Globo e o Sesi que oferece serviços gratuitos à população. Dentre esses serviços estão: a emissão de carteira de trabalho, consultas médicas e corte de cabelo e outros.

Nesse contexto de ‘atividade’ em prol da saúde, o projeto “Combate ao *Aedes aegypti* e prevenção de arboviroses” aproveita para divulgar as estratégias mecânicas de combate ao Ae., expor os resultados do trabalho dos grupos através de fotos das larvas/pupas e distribuir os panfletos de combate ao Ae. cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Sinop-MT.

Os grupos realizaram visitas pela Universidade em busca de focos para oviposição do Ae., coletaram larvas/pupas encontradas durante as visitas, recolheram resíduos de lixos que foram descartados incorretamente, os quais podem se tornar criadouros do mosquito, e colaram adesivos de combate ao Ae. nas lixeiras e em outros pontos estratégicos a fim de envolver a comunidade acadêmica no combate ao principal vetor das arboviroses.

A identificação das larvas/pupas encontradas gerou um banco de dados sobre a incidência de Ae. no Campus. O resultado dessa identificação foi encaminhado à prefeitura para auxiliar nas medidas de combate ao mosquito por meio da eliminação das telhas de zinco espalhadas pela instituição e das lonas utilizadas para a proteção de maquinários.

As ações realizadas em eventos sociais consistiram na exposição de pôster, na abordagem e apelo à causa de combate ao Ae. e na distribuição de panfletos cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Sinop, os quais apresentam, dentre outras informações, um número de telefone destinado exclusivamente à denúncia de criadouros de mosquitos.

O *Aedes aegypti* apresenta cor escura, tamanho pouco menor que o mosquito comum, manchas brancas nas articulações e abdômen segmentado por essas mesmas manchas, conferindo-lhe um aspecto de lira (BRASIL, 2008).

A fase larvária do Ae. é dividida em quatro fases, sendo que após a última delas surgem as pupas. A larva é constituída de cabeça, tórax e abdômen e são sensíveis à luz. (NASCIMENTO 4T al., 2015).

As pupas possuem formato de vírgula. São constituídas de cefalotórax (ponto) e de abdômen (em forma de meia lua). Após 2 ou 3 dias, tornam-se mosquitos. (NASCIMENTO 4T al., 2015).

Na tabela 1 são apresentados os resultados das coletas e das identificações para as larvas e pupas colhidas durante as visitas técnicas no período de maio de 2017 a maio de 2018.

Os resultados apresentados são relevantes para avaliarmos o impacto do projeto na prevenção dos agravos à saúde coletiva. As participações nos eventos sociais comportam-se de maneira qualitativa, pois permitem identificar se os cidadãos sabem ou não como combater, de maneira eficaz, os criadouros de *Aedes*. As coletas de larvas/pupas também são de caráter qualitativo porque nos permite identificar a presença dos gêneros *aegypti* e *albopictus* no perímetro da Universidade.

Não é possível avaliar os resultados de maneira quantitativa, pois, embora tenhamos número de positivos para os gêneros mencionados, não podemos afirmar se estão contaminados com os arbovírus nem se eles infectariam os humanos ao ponto de gerar número de casos para as abovirose dentro da Universidade.

Tabela 1- Resíduos coletados no *campus* da UFMT Sinop de maio de 2017 a maio 2018.

Local de coleta	Resíduos	Lae/P	Laa/P	L/PN	S/L
B. Acre	Plásticos de balas, panfletos, garrafas pet, copos, vasilhas plásticas	0	0	0	0
Glapião das engenharias	Canos, garrafas pet, latas, plásticos, caixa de água, copos descartáveis, tubos de silicone, buracos e cisternas de concreto	0	0	0	0
B. construção	Lonas, garrafas pet, latas de tinta, sacolas plásticas, copos descartáveis, buracos e cisternas de concreto	1/0	0	0	1/0
B. prof. Em construção	Plástico	0	0	0	0
Acampamento	Pneu, isopor, garrafa de vidro, plástico	0	0	0	0
Fazenda experimental	Plástico, garrafas pet, baldes, lonas.	34/9	3/2	8	45/11
HOVET	Sacolas, Plásticos de balas	0	0	0	0
Cantina	Copos, saches	0	0	0	0
ADUFMAT	Plásticos de balas, saco plástico	0	0	0	0
ABAM	Copos descartáveis, plástico de bombom	0	0	0	0
B. Coord.	Copos descartáveis, plásticos de paçoca, plásticos de balas, saco plástico, garrafas pet	0	0	0	0
Oficina	Garrafa de vidro, garrafas pet, copos descartáveis	0	0	0	0
B Farm em const.	Nenhum	0	0	0	0
ABAM	Copos, potes, embalagens plásticas	0	0	0	0
B Adm.	Copos, potes, papeis	0	0	0	0
B. Prof.	Embalagens de doces salgadinhos e copos	0	0	0	0
B Prof. Const.	Copos e plásticos, Telha de zinco	13/0	0	0	13/0
Somas das coletas	Todos	48/9	3/2	8	59/11

B= Bloco; L= larvas; Lae= larvas de *Aedes aegypti*; P= Pupa de *Aedes*; CAIC= Centro Atenção Integral a Criança; HOVET= Hospital veterinário; ABAM= Acervo Biológico da Amazônia Meridional; Laa= larvas de *Aedes albopictus*; LA/PN= larvas ou pupas não identificáveis; S/L= soma por local.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento adquirido e a experiência vivenciada propiciaram momentos de discussões e definições de estratégias que estimulam a comunidade acadêmica a compreender seu papel diante do problema que estamos enfrentando e contribui para a formação de cidadãos atuantes na luta contra o mosquito. Além disso, as ações periódicas de combate *Aedes aegypti* amenizam a ocorrência de epidemias futuras.

Assim, é de fundamental importância que a comunidade acadêmica participe de campanhas que enfatizem a prevenção de arboviroses, já que os resultados refletem na realidade local e estimulam a participação da população na prevenção dos agravos à saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. ed. Brasília, 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd21.pdf>. Acessado em: 27 de maio 2018.
- [2] Nascimento et. al. Guia de orientação para treinamento de técnicos de laboratório de Entomologia. Santa Catarina, 2015. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/76903692/Guia-Orientacao-Para-Treinamento-de-Tecnicos-Lab-Entomologia>>. Acessado em: 27 de maio 2018.
- [3] Santos, S. L. abordagem ecossistêmica aplicada ao controle da dengue no nível local: um enfoque com base na reprodução social. 2009. 2310 f. Teses (Doutorado em Saúde Pública)- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2009santos-sl.pdf>>. Acessado em: 27 de maio 2018

Autores

ADHARSIA MELISSA DIAS MARINHO

Graduanda em Medicina pela Universidade do Estado do Pará (2016). Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) do Laboratório de Desenvolvimento Infantil (LADIN) pelo CNPq.

ADILSON SANCHES DE SOUZA

Enfermeiro graduado pela Universidade Anhanguera-Uniderp. Especialista em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica pelo Instituto Carlos Chagas (INCAR).

ALAN NOGUEIRA DA CUNHA

Possui graduação em enfermagem pela Faculdade Guarai (2007) e Especialização em Saúde Pública, coletiva e da família pelo Instituto Tocantinense de Pós - graduação (2008). Atualmente é Doutorando em Ciências pelo Programa de pós-graduação em Enfermagem Fundamental da Universidade de São Paulo (USP) e docente efetivo Adjunto nível II da Universidade Federal do Mato Grosso UFMT, atuando como a disciplina de estágio supervisionado em enfermagem e Saúde Pública. Atua principalmente com as linhas de pesquisas de Atenção Primária a Saúde, e Saúde do Idoso.

AMANDA NASCIMENTO LIMA

Graduada em Farmácia Generalista pelo Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos- UNITPAC

ANA MARIA SCHULLI DA SILVA

Estudante Psicologia 4º ano, na Faculdade Unicesumar em Ponta Grossa PR, estagiando na Secretaria Municipal de Educação em Palmeira Pr.

ANAÍZA SIMÃO ZUCATTO DO AMARAL

Possui Graduação em Medicina Veterinária pela Universidade Camilo Castelo Branco (2008), possui residência em Diagnóstico Veterinário (Patologia Clínica) pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Campus de Araçatuba (2011). Mestrado em Ciência Animal (Medicina Veterinária Preventiva e Produção Animal), UNESP (2013), campus de Araçatuba. Professora das disciplinas de Histologia Sistêmica do curso de Medicina Veterinária, e coordenadora da Clínica Escola Veterinária da Universidade de Rio Verde / GO. Discente do Programa de Pós-Graduação em Ciência Animal da Escola de Veterinária e Zootecnia da Universidade Federal de Goiás a nível de Doutorado.

ANALÉCIA DÂMARIS DA SILVA ALEXANDRE

Graduada em Enfermagem pela UFMA, Especialista em Saúde da Família pela UEPA, Mestranda pelo Programa de Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental(CIPE) pela UEPA .Exerceu docência em Cursos Técnicos e de Graduação em Enfermagem , nas modalidades EAD e Presencial.Experiência marcante na Atenção Primária,em Saúde da Família, Coordenações de Programas de Imunização,Saúde da Mulher,com atuação no desenvolvimento de grandes Campanhas de Saúde Coletiva em sua região.Colaboradora Técnica na Elaboração da Política Municipal de Violência contra a Mulher em Marabá,Pará.

ANDERSON BENTES DE LIMA

Graduado em Farmácia pela Universidade Federal do Pará (2004), mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Pará (2008) e doutorado em Biotecnologia pela Universidade Federal do Pará (2016). Atualmente é professor assistente III da Universidade do

Estado do Pará. Docente do programa de Mestrado Profissional profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental do CCBS/UEPA.

ANDRÉA COSTA DE ANDRADE

Psicóloga do Hospital Universitário Getúlio Vargas-UFAM e da Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ)/AM. Graduada em Psicologia pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP/PE). Especialista em Neuropsicologia pela Universidade de Araraquara (UNIARA/SP). Doutora em Sociedade e Cultura na Amazônia-UFAM.

AVELINA ALVES SALES

Graduada em Farmácia Generalista pelo Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos- UNITPAC

AYLLON MENEZES DE OLIVEIRA

Médico da Fundação Hospital Adriano Jorge- FHAJ/AM. Graduado em Medicina pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Mestrando do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amazonas-UFAM.

BENEDITO DO CARMO GOMES CANTÃO

Enfermeiro graduado pela Universidade do Estado do Pará, especialista em Enfermagem Oncológica pela Universidade Federal do Pará e mestrando em Cirurgia e Pesquisa Experimental pelo Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade do Estado do Pará. Discente do Curso de Direito pela Faculdade Gamaliel. Atualmente é professor auxiliar III da Universidade do Estado do Pará e Coordenador do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital Regional de Tucuruí, onde desenvolve atividades na área de pesquisa, ensino e extensão.

BETANIA MOREIRA DE MORAES

Doutora (2007), mestra (2001) e especialista (1999) em Educação Brasileira pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Graduação em Psicologia (1994) pela mesma universidade. Estágio Pós-Doutoral no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professora Adjunta na Universidade Estadual do Ceará (UECE), atuando no Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE/UECE) e nos cursos de Pedagogia e Psicologia. Professora do Curso de Direito e Psicóloga Técnica do Núcleo de Prática Jurídica na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Pesquisadora do Instituto de Estudos e Pesquisas do Movimento Operário (IMO/UECE). Vice-Coordenadora do Núcleo de Psicologia Social e do Trabalho (NUSOL/UECE). Tem experiência nas áreas de Psicologia, Direito, Trabalho e Educação, com ênfase nos estudos sobre aprendizagem, desenvolvimento humano e social, individualidade e formação humana.

CILENE APARECIDA DE SOUZA MELO

Enfermeira, Mestre em cirurgia e pesquisa experimental (CIPE) e Docente do eixo morfofuncional da graduação em medicina Universidade do Estado do Pará. Docente de Anatomia Humana. Instituição: Universidade do Estado do Pará-UEPA e Faculdade dos Carajás

DANIELA DE JESUS PEREIRA SEGADILHA

Graduação em Terapia Ocupacional - Universidade do Estado do Pará - UEPA - Belém - PA. Pós Graduação em Reabilitação da Mão e dos Membros Superiores - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo - SP. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus - SEMSA Servidora da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas - SUSAM

DAVID SILVA DOS REIS

Nutricionista. Licenciado em Ciências Biológicas. Pós graduado em Fitoterapia e suplementação nutricional na nutrição clínica e esportiva. Especialista em Gerontologia e Saúde do Idoso pela UnATI/UEA. Atualmente trabalha com atendimento aos idosos alunos da Universidade Aberta da Terceira Idade - UnATI/UEA, na Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA. Orientação, educação nutricional e prescrição dietética estão entre as atividades realizadas, além de contribuir para a capacitação de profissionais no eixo da educação Gerontológica, e integrante de uma equipe multiprofissional no órgão. Educador, desenvolvendo atividades de extensão e popularização da Ciência da Nutrição para adultos e idosos.

DENIMARA MIRANDA NEVES

Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Amazonas através da Escola Superior de Ciências da Saúde (2014). Possui Especialização em Urgência e Emergência pela Faculdade Integrada de Goiás- FIG/ Ávila (2015). Especialista em Enfermagem Cardiovascular pela Universidade do Estado do Amazonas (2016). cursando especialização em Gerontologia e Saúde do Idoso através da Universidade do Estado do Amazonas. cursando Mestrado Profissional em Enfermagem/UFAM. Atualmente é Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde com populações Vulneráveis na Amazônia GESPSVAM, da Universidade Federal do Amazonas, escola de Enfermagem de Manaus- EEM. Membro do grupo de Pesquisa em Modelos de Cuidados em Gerontologia - UnATI/UEA.

ELIANA REZENDE ADAMI

A professora Eliana Adami: Possui graduação em Farmácia-Bioquímica e em Biologia. Mestrado em Bioética, Mestrado e Doutorado em Farmacologia. Durante o mestrado atuou na linha de pesquisa dor, obesidade, depressão e ansiedade in vivo, e durante o doutorado atuou com pesquisa pré-clínica (in vitro e in vivo) de neoplasias e hepatotoxicidade. Atualmente é professora substituta do Departamento de Análises Clínicas da UFPR e Pós doutoranda em Ciências Farmacêuticas - ênfase em Análises Clínicas na UFPR. É membro da Sociedade Brasileira de Farmacologia e Terapêutica Experimental (SBFTE). Membro da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Membro do projeto de Extensão Universitária Riscos da Automedicação registro PROEC 055/99-UFPR. Membro do Grupo de Pesquisa em Bioética e Cuidados Paliativos (PUC-PR). Membro do Núcleo de estudos em Bioética. Experiência em Farmácia, Drogeria e Análises Clínicas em todos os setores laboratoriais por mais de 15 anos. Tem experiência em modelos experimentais in vivo de dor, depressão, ansiedade, câncer e fígado. Experiência com cultivo celular, histologia e citometria de fluxo. Atua como professora nas Universidades Positivo, UniDombosco e Uniandrade em Curitiba,

ELIANE AZULAY FERREIRA

Assistente Social do Hospital Universitário Getúlio Varga- EBSERH/AM e da Policlínica Codajás (SUSAM). Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Amazonas-UFAM. Especialista em Gestão em Política de Saúde e Políticas de Enfrentamento à Violência pela Universidade Federal do Amazonas-UFAM

ELISMAR PRIMO MOREIRA

Médico graduado pela Universidade Federal do Pará. Médico especialista em Cirurgia Geral pelo Hospital de Barros Barreto. Cirurgião Geral do Hospital Municipal de Marabá e Hospital Regional do Sul e Sudeste do Pará. Preceptor do Internato do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará.

ELTON BRÁS CAMARGO JÚNIOR

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT - 2011). Mestre e Doutorando em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP - 2013). Professor Adjunto II, atualmente Diretor da Faculdade de Enfermagem e Presidente do Núcleo Docente Estruturante (NDE), membro efetivo da Comissão Própria de Avaliação (CPA) da Universidade de Rio Verde (UniRV) e da Comissão de Verificação de Autodeclaração de Negro e Indígenas e um dos membros coordenadores do Programa UniRV Diversidade. Atua principalmente na linha de pesquisa sobre uso e abuso de álcool e outras drogas. Tem experiência em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, principalmente em temas relacionados ao uso e abuso de bebidas alcoólicas e outras drogas.

ERIKA DE SOUSA SILVA

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal do Amazonas (2018). Atualmente residente de fisioterapia no programa Atenção Integral na Saúde Funcional em Doenças Neurológicas, no Hospital Universitário Getúlio Vargas/UFAM.

EULER ESTEVES RIBEIRO

Reitor da Fundação Universidade da Terceira Idade. Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará (1967) e doutorado em Medicina e Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2006). Atualmente é Membro Efetivo da Cadeira No 8 da Academia Amazonense de Letras, professor convidado da Universidade de Brasília, professor convidado da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professor titular da Universidade do Estado do Amazonas, coordenador do Curso de Pós-graduação em Gerontologia e Saúde do Idoso da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas e professor convidado da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Geriatria e Gerontologia, atuando principalmente nos seguintes temas: envelhecimento, geriatria, qualidade de vida, seguridade social e pneumologia. Atua como pesquisador participando ativamente de pesquisas que envolvem frutos amazônicos como o Guaraná, açaí, tucumã, castanha, e envelhecimento humano nos mais diversos aspectos. Larga experiência na coordenação de projetos de pesquisa. Palestrante em diversos congressos científicos nacionais e internacionais principalmente envolvendo estudos com frutos amazônicos e populações ribeirinhas.

EUNICE LARA DOS SANTOS CUNHA

Possui graduação em Biomedicina pela Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí- UNINOVAFAPI (2012). Tem experiência na área de bioquímica, oncologia, hematologia, parasitologia, imunologia e biologia molecular, com ênfase em oncologia. Possui especialização em pós graduação lato sensu em Oncologia pela Sociedade Educacional Machado de Assis (2015). Atualmente é Mestranda em Cirurgia e Pesquisa Experimental pela Universidade do Estado do Pará.

FABIANA NASCIMENTO BENEDIK

Graduada em Farmácia-Bioquímica pela UNIP, Especialista em Docência Universitária com Ênfase em Saúde pela UEPA, Especialista em Farmácia Clínica e Hospitalar pela UNYLEYA, Mestranda pelo Programa de Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental(CIPE) pela UEPA. Já atuou como farmacêutica-bioquímica no Laboratório Central de Marabá, Já atuou como professora horista no curso de Biomedicina pela UEPA. Atualmente, atua como farmacêutica-hospitalar no Hospital Materno Infantil de Marabá e cursa medicina pela Faculdade de Medicina de Marabá. Interessa-se por análises clínicas, farmácia clínica e docência com ênfase em saúde.

FERNANDA FARIAS DE CASTRO

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Escola de Enfermagem de Manaus (1993), Especialista em Administração dos Serviços de Saúde (1996), Gerontologia e Saúde do Idoso (2008) e Enfermagem cardiovascular, (2015). Mestre em Ciências de Alimentos pela Universidade Federal do Amazonas (1999). Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2019). Docente na Graduação em Enfermagem e Pós Graduação em Gerontologia e Saúde do Idoso na Universidade do Estado do Amazonas, Escola Superior de Ciências da Saúde.

FRANCISCA DAS CHAGAS ALVES DE ALMEIDA

Enfermeira e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Especialista em Saúde da Família. Docente Assistente do Centro Universitário de João Pessoa- UNIPÊ.

GABRIEL DE LIMA ARAÚJO

Estudante do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Membro do Grupo de Pesquisas Multiprofissionais em Educação e Tecnologias em Educação - PEMEDUTS/ Faculdade de Medicina/UFMT.

GABRIELLA SARAIVA LOPES

Médica Graduada pelo Universidade do Estado do Pará.

GISELLE DA SILVA TAVARES COSTA

Licenciada em Educação Física (2016) pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Residente do programa Atenção Integral na Saúde Funcional em Doenças Neurológicas, no Hospital Universitário Getúlio Vargas/UFAM. Membro do Laboratório de Estudos em Comportamento Motor Humano (LECOMH/UFAM). Atuou como Bolsista/Pesquisador, no Programa de Iniciação Científica (PIBIC 2013-2016). Interessa-se por temas relacionados a educação física escolar, saúde coletiva, saúde funcional e reabilitação.

GLEICIANE DA SILVA EVERTON

Graduada em Letras pela Unidade Integrativa COC e Acadêmica de Enfermagem, Universidade Estadual do Tocantins - UNITINS.

GUÊDIJANY HENRIQUE PEREIRA

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley. EBSERH.

HÉLEN DOS SANTOS RIBEIRO

Médica Veterinária graduada pela Universidade de Rio Verde. Atua na área de Clínica Médica de Pequenos Animais.

HELLEN GONÇALVES DA SILVA

Graduanda em medicina pela Universidade do Estado do Pará (Uepa), 2017. Diretora de Finanças na Liga Acadêmica de Oncologia de Marabá (Laom) e secretária na Liga Acadêmica de Cirurgia de Marabá (Lacim).

HERLEN PORTELA DA PONTE

Acadêmica do Curso de Direito pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA. Estagiária do Ministério Público do Estado do Ceará. Com interesse em pesquisas nas áreas: Direito e saúde, com enfoque nos temas da judicialização e ressocialização.

HUGO SANTANA DOS SANTOS JUNIOR

Acadêmico do curso de bacharelado em enfermagem, na Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas - GAMALIEL, Tucuruí-PA. Ex-monitor da Disciplina de Neuroanatomia/Neurociência durante dois semestres, Marabá-PA. Participou da mesa diretora de criação das ligas LISAMU e LAFEC, Liga Interdisciplinar Saúde da Mulher e Liga Acadêmica de Feridas e Curativos, Marabá-PA. Atualmente faz parte do NPI - Núcleo de Apoio Intelectual do programa de Mestrado CIPE, Cirurgia e Pesquisa Experimental da Universidade Estadual do Pará - UEPA. Desenvolve trabalhos de pesquisa e extensão com ênfase em Assistência de Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia, Estratégia de Saúde da Família, Administração em Enfermagem, Tecnologias de Ensino e Aprendizagem na Enfermagem, Avaliação Nutricional na Enfermagem, Enfermagem e Vigilância Epidemiológica e Educação Permanente.

IANGLA ARAUJO DE MELO DAMASCENO

Possui graduação em Farmácia Generalista pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos - ITPAC (2013). Mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos (UFT/2016). Especialista em Docência Universitária (ITPAC/ 2015); Especialista em Gestão de Assistência Farmacêutica (UFSC/ 2015). Tem experiência na área de Microbiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: micologia, testes de sensibilidade, microbiologia de Alimentos. Conteudista e Tutor on line da Disciplina de Atenção Primária à Saúde, Gestão e Políticas Públicas do UNITPAC e Afya Educacional. Coordenadora de Pesquisa do UNITPAC. Editora Chefe da Revista Científica do ITPAC. Docente do Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos- UNITPAC.

JACKSON SABADIN LARA

Possui graduação em Farmácia pela Faculdade UNIANDRADE - Centro Universitário Campos Andrade. Atualmente é assessor na empresa Econet Editora Empresarial. Tem experiência como farmacêutico em redes de Drogarias e Farmácia.

JAMYLE BALLA DA SILVA

Discente do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará.

JAQUELINE MIRANDA DE OLIVEIRA

Graduada em Medicina. Pós-graduada em: Endocrinologia, Nutrologia e Medicina da Família. Mestranda no programa de mestrado CIPE - Cirurgia e Pesquisa Experimental - UEPA.

JARDEL DE SOUZA PINHEIRO

Acadêmico do 8º período do curso de graduação em Nutrição pela Universidade Paulista. Atuou como membro da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Amazonas (LAGGEAM) de 2017 a 2019. Participou como voluntário no acompanhamento das atividades clínicas da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) em 2019/1.

JAYLEN FRANÇA CUNHA

Enfermeira graduada pela Universidade do Estado do Pará (UEPA), com pós graduação *latu sensu* em Enfermagem em Urgência Emergência e UTI (2015) pelo Instituto Educacional Santa Catarina e mestranda em Cirurgia e Pesquisa Experimental (CIPE) pelo Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade do Estado do Pará. Atuou como docente na Universidade do Estado do Pará e Faculdade Gamaliel além de ter atuado como Enfermeira das Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal do Hospital Regional de Tucuruí.

JELCIVANE PINHEIRO DA COSTA

Psicóloga voluntária do Hospital Universitário Getúlio Vargas-UFAM. Graduada em Psicologia pela Escola Superior Batista do Amazonas (ESBAM)/AM.

JOSÉ ANTONIO CORDERO DA SILVA

Graduação medicina ufpa (1979). Doutor em bioética e ética em ciências da saúde -faculdade de medicina da universidade do porto. Especialização faculdade de saúde pública usp . Professor do curso de medicina universidade do estado do pará e do centro universitário metropolitano da amazônico. Sócio efetivo da sociedade brasileira de pneumologia e fisiologia, e da sociedade brasileira de clínica médica. Membro da academia de medicina do pará cadeira nº 37.professor dos programas de pós-graduação mestrado profissional ensino e saúde na amazônia e cirurgia e pesquisa experimental.

JOSÉ BENEDITO DOS SANTOS BATISTA NETO

Acadêmico do curso de graduação em Enfermagem na Universidade do Estado do Pará (UEPA). Integrante do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Educação e Saúde da Amazônia (NUPESA)

JOSÉ GERALDO XAVIER DOS ANJOS

Bibliotecário da Fundação Hospital Adriano Jorge-FHAJ/AM. Graduado em Biblioteconomia e Documentação pela Universidade Federal do Amazonas-UFAM. Especialista em História da Saúde na Amazônia pela FIOCRUZ/AM e em Sistema de Informação pela Universidade Federal do Amazonas- UFAM.

JOSELAINÉ DANTAS

Mestra Em Ciências da Saúde - Área de Oncologia - Universidade Estadual de Campinas. Especialista em Fisioterapia Cardiopulmonar _ UNINILTOLINS. Especialista em Acupuntura _ FaSerra - Instituto de Ensino Superior Blauro Cardoso de Mattos. Fisioterapeuta da Secretaria Estadual do Amazonas – SUSAM. Fisioterapeuta da Secretaria Municipal de Manaus – SEMSA.

JÚLIA RIBEIRO BATISTA

Enfermeira graduada pela Universidade Anhanguera-UNIDERP. Especialista em Urgência, Emergência e UTI pelo Instituto Carlos Chagas (INCAR). Enfermeira na UPA de Tucuruí.

KAIRO ADRIANO RIBEIRO DE CARVALHO

Possui graduação em Letras pelo Centro Universitário UNIFAFIBE (2013) e graduação em Medicina Veterinária pela Universidade Federal de Mato Grosso- UFMT (2019). Atualmente é aluno Residente em Área Profissional da Saúde, especializando-se na Clínica Médica de Pequenos Animais na Universidade Federal de Santa- UFSM.

KAREN SILVA DE CASTRO

Acadêmica do 5º semestre do curso de graduação em enfermagem, na Universidade do Estado do Pará (UEPA). Membro do grupo de pesquisa Núcleo de Educação e Pesquisa em Educação e Saúde da Amazônia (NUPESA). Foi voluntária do Projeto Samuzinho, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192 (SAMU 192). Atualmente é coordenador (a) do Projeto Samu Kids em vínculo com o SAMU 192 e estagiária, em Saúde da Criança, do projeto Colabora.

KARINA KEILA MONTEIRO ALMEIDA

Discente do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará.

KARLA FERNANDES DA SILVA

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Docente da Faculdade Mauricio de Nassau. João Pessoa-PB.

KATLEEM DE SOUSA SARAIVA

Graduanda em Medicina pela Universidade do Estado do Pará (2016). Diretora de marketing da liga acadêmica marabaense de dermatologia (2019-2020).

KEYYANI LIMA DOS REIS

Enfermeira, possui Título de Mestre pelo Mestrado em Cirurgia e Pesquisa Experimental pela Universidade do Estado do Pará(UEPA-2018),graduação em Enfermagem pelo Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão (2008). Atualmente é docente da Faculdade dos Carajás e enfermeira assistencial da Prefeitura Municipal de Marabá. Tem experiência na área de enfermagem, com ênfase em Saúde da mulher, atuando principalmente nos seguintes temas: pré-natal, saúde da mulher, saúde da criança, assistência de enfermagem e prevenção. Responsável pelo projeto de extensão e pela Liga LISAMU, Liga Interdisciplinar Saúde da Mulher.

KEISE HELAINE MOREIRA DA SILVA PINTO

Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará (2012). Especialista em urgência e emergência. Atua como docente na universidade do estado do Pará e enfermeira assistencial no setor de uti neonatal do hospital regional de Tucuruí.

KESSIA CASTRO DE SOUSA

Graduanda em medicina pela universidade do estado do Pará (2017).

LAUANY SILVA DE MEDEIROS

Acadêmica em enfermagem, na Universidade do Estado do Pará (UEPA). Membro do grupo de pesquisa Núcleo de Educação e Pesquisa em Educação e Saúde da Amazônia (NUPESA). Foi voluntária do Projeto Samuzinho, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192 (SAMU 192). Atualmente é coordenador (a) do Projeto Samu Kids em vínculo com o SAMU 192 e estagiária, em Saúde da Mental, do projeto Colabora.

LEANDRO RIBEIRO MIWA

Possui Bacharelado em Direito pela Universidade de Rio Verde - GO (2005) e Licenciatura em Pedagogia pela Faculdade de Iporá (2018), Especialização em Direito e Processo do Trabalho (UCAM) Universidade Candido Mendes- RJ. (2008). Especialização em Direito e Processo Civil, (UNICID) Universidade Cidade de São Paulo-SP. (2009). Especialização em Direito Ambiental (UNIP) Universidade Paulista. (2011) Especialização em Direito Constitucional (IBRA-SP. 2018).

Especialização em Direito de Família e Sucessões. (DOM ALBERTO- RS. 2019.) Mestrado em Direito e Relações Internacionais- PUC-GO. (2016). É Doutorando do Programa de Doutorado Acadêmico em Direito do IDP- Instituto Brasiliense de Direito Público. Membro da Comissão de Educação Jurídica (CEJUR) e da Comissão OAB/Cidadã Seccional Goiás.

LEVI DE CARVALHO BASTOS

Acadêmico do curso de Direito pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA. Professor de Língua Inglesa.

LUANA DA SILVA DIAS

Advogada. Graduada em Direito pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA. Pós-Graduada em Direito Processual Civil pela Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. Membro da Comissão de Ensino Jurídico da Ordem dos Advogados do Brasil - Subseção Sobral (CE). Foi bolsista de Iniciação Científica pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq. Professora Voluntária na Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA.

MARCELO DIAS FERREIRA JÚNIOR

Graduando em medicina pela universidade do estado do Pará (2017).

MÁRCIA CAROLINA DE SIQUEIRA PAESE

Possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal de Mato Grosso (2008) e mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Mato Grosso (2012). Atualmente é Professora Assistente I do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso, campus Sinop e Doutoranda no programa de pós-graduação em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo (USP) - EERP.

MARIA GEÓRGIA DUARTE DE MACÊDO

Psicóloga do Hospital Universitário Getúlio Vargas-UFAM. Graduada pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP/PE). Especialista em Psicologia Cognitiva pela Faculdade Martha Falcão/AM. Mestre em Terapia Familiar pela Faculdade do Norte/PR.

MARIA LUANA PEREIRA DIAS

Acadêmica de Enfermagem, Universidade Estadual do Tocantins – UNITINS.

MARIANA ALVES CARNEIRO DA SILVEIRA

Farmacêutica graduada pelo Centro Universitário Campos de Andrade. Pós-graduanda em Gestão em Serviços de Saúde pela FAE Business School. Apresenta expertise na área de suprimentos de materiais e medicamentos de alto custo, atendimento pré-hospitalar e em comércio farmacêutico.

MARILENE DE SENA E SILVA

Bibliotecária da Fundação Hospital Adriano Jorge-FHAJ/AM. Graduada em Biblioteconomia e História pela Universidade Federal do Amazonas-UFAM. Especialista em Informática Aplicada à Educação pela Universidade do Norte (UNINORTE)/AM. Mestre em Educação pela Universidade Federal do Amazonas- UFAM.

MATHEUS DA SILVA SAKAMOTO

Acadêmico de Medicina da Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Bolsista do Programa de Apoio à Iniciação Científica da Fundação Hospital Adriano Jorge-FHAJ/ FAPEAM.

MAYARA VIANA DE LIMA

Assistente Social Residente no Hospital Universitário Getúlio Vargas, área de concentração "Saúde Funcional" (Biênio 2018-2020). Mestre em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia (2016), pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Especialista em Gestão Social: Políticas Públicas, Redes e Defesa de Direitos (2018), pela Unopar. Integrante do grupo de pesquisa Núcleo de Etnoecologia na Amazônia Brasileira (NETNO - UFAM). Realizou estágio docência na disciplina Sociologia Rural (UFAM). Bacharela em Serviço Social (2013) pela UFAM. Atuou como Bolsista/Pesquisadora do Programa de Iniciação Científica (PIBIC 2012-2013) financiada pela FAPEAM. Atuou ainda como Bolsista Pesquisadora a nível de mestrado / Assessora na Incubadora de Empreendimentos Amazonas Indígena Criativa, da UFAM.

MAYKON JHULY MARTINS DE PAIVA

Possui Graduação em Farmácia Generalista pelo Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos. (UNITPAC) Especialização Lato Sensu em Biotecnologia pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Especialização Lato Sensu em Farmácia Clínica e Hospitalar pela Faculdade Dom Alberto (FDA). Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia de Alimentos da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Atualmente é professor do curso de Farmácia e Estética e Cosmética da Faculdade de Palmas (FAPAL). Trabalha com temas relacionados a Farmácia, Farmacologia, Farmacognosia, Biotecnologia, Microbiologia, Bioquímica e Ciência e Tecnologia de Alimentos.

MICHELE PINHEIRO FERREIRA

Acadêmica de enfermagem da Universidade do Estado do Pará, cursando o 5º semestre, atuando como estagiária do Núcleo de Segurança do Paciente(NSP) e Comissão de Controle de Infecções (CCIH) do Hospital Regional de Tucuruí-PA, além de ser membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Educação e Saúde da Amazônia (NUPESA).

MILENA BORGES TEIXEIRA

Acadêmica de Enfermagem, Universidade Estadual do Tocantins - UNITINS.

NAYARA FERNANDA ALVES MOREIRA

Acadêmica de enfermagem da Universidade do Estado do Pará, cursando o 5º semestre, atuando como estagiária do Núcleo de Segurança do Paciente(NSP) e Comissão de Controle de Infecções (CCIH) do Hospital Regional de Tucuruí-PA, além de ser membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Educação e Saúde da Amazônia (NUPESA).

NEUDSON JOHNSON MARTINHO

Graduado em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (1997), graduação em Tecnologia em Gestão da Educação Superior pela Universidade Federal do Ceará (2008), Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária pela Universidade Federal do Ceará (2005) e Doutorado em EDUCAÇÃO pela Universidade Federal de Mato Grosso (2014). Especialista em Docência na Saúde; Saúde da Família e Educação Profissional para área da Saúde. Atualmente é Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Atenção Primária em Saúde e Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: Educação em Saúde, Saúde da Família, Gestão e Planejamento em Saúde. Líder do Grupo de Pesquisas Multiprofissionais em Educação e Tecnologias em Saúde (PEMEDUTS) da Faculdade de Medicina da UFMT. Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com seres

humanos / Saúde da UFMT. Membro da Câmara de Extensão da UFMT. Membro do Conselho Editorial da Editora da UFMT. Membro da Comissão de Educação Permanente em Saúde, vinculada à Coordenação de Ensino de Graduação da Pró-Reitoria de Ensino de Graduação da UFMT. Avaliador de Cursos da Educação Superior nas áreas de Enfermagem, Medicina, Gestão em Saúde e Gestão Pública, designado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação (MEC) - compondo assim, o Banco de Avaliadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (BASIS). Experiência com Metodologias Ativas em Educação em Saúde; Metodologias Ativas em Programas de Formação Docente e de Profissionais da área da Saúde; Avaliação com base em Metodologias Ativas; Currículo e Avaliação. Experiência em Elaboração e Coordenação de projetos com ações afirmativas e populações vulneráveis: Dependentes químicos e codependentes; Quilombolas e LGBT. Experiência em Banca de Concursos e Seleção para Docentes na área da Atenção Primária em Saúde: Saúde da Família; Medicina de

PALOMA OLIVEIRA MENDES

Médica Veterinária graduada pela Universidade de Rio Verde. Atua nas áreas de Clínica Médica e Anestesiologia de Pequenos Animais.

PATRICIA MORAIS DA SILVA

Acadêmica de Enfermagem, Universidade Estadual do Tocantins/UNITINS.

POLLYANE DE PAULA SANTOS

Acadêmica de Enfermagem, Universidade Estadual do Tocantins/ UNITINS.

RENATA DE SÁ RIBEIRO

Enfermeira Mestre em Saúde Pública - COREN-TO 000.309.434. Especialista em Docência do Ensino Superior; Enfermagem em Obstetrícia; Urgência e Emergência.

RENATA FERREIRA DIOGO

Graduada em Farmácia Generalista pelo Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos- UNITPAC.

RENAUD PONTE AGUIAR

Graduado em Direito pela Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. Mestre em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Doutorando em Direito pela Faculdade de Direito de Vitória. Servidor Público da Universidade Federal do Ceará-UFC. Professor de Direito da Faculdade Luciano Feijão.

RENOR GONÇALVES DE CASTRO NETO

Médico Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR). Médico Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Membro Titulado da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) Professor do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Estado do Pará.

ROSÂNGELA ALVES ALMEIDA BASTOS

Enfermeira e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Especialista em Cardiologia e hemodinâmica. Enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley. EBSERH.

ROSÂNGELA GUERINO MASOCHINI

Doutora em enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Adjunto da Universidade Federal de Mato Grosso. Coordenadora do grupo de pesquisa em saúde coletiva.

ROSILENE ALVES DE ALMEIDA

Enfermeira e Mestra pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Especialista em Cardiologia e hemodinâmica. Enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley. EBSEH.

SABRINA MACIEL NASCIMENTO

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal do Amazonas (2017). Tem experiência em: Reabilitação Neurofuncional, Reabilitação Pediátrica, Teste de Caminhada de Seis Minutos e Atendimento de pacientes com Artrite Reumatoide. Atualmente, Residente de Fisioterapia no programa: Atenção Integral na Saúde Funcional em Doenças Neurológicas, no Hospital Universitário Getúlio Vargas e Pós Graduada em Fisioterapia Neurofuncional, Bio Cursos/FaSerra.

SÂMARA CRISTINA SOUTO DE ALMEIDA

Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Tocantins. Especialista em Centro Cirúrgico. Atua como docente IEPPA – Marabá-PA.

SILVIA BORGES

Graduação em Educação Física - Universidade Federal do Amazonas - UFAM - Manaus- AM. Graduação em Fisioterapia - Universidade Nilton Lins - Manaus - AM. Pós Graduação em Psicomotricidade - Universidade Cândido Mendes - Rio de Janeiro - RJ. Pós Graduação em Gestão da Saúde - Universidade Federal do Amazonas - UFAM- Manaus - AM. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus - SEMSA. Servidora da Secretaria Municipal de Educação de Manaus - SEMED.

SONIA VIVIAN DE JESUS

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso (2004) e mestrado em Programa de Pós-Graduação em Educação pela Universidade Federal de Mato Grosso (2013). Atualmente, é doutoranda em Saúde Coletiva, na Universidade Federal do Espírito Santo e professora da Universidade Federal de Mato Grosso, campis de Sinop.

SUELLEN MOURA ROCHA FERREZIN

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá/PR - 2015. Especialista em Saúde Pública com ênfase em saúde da família e saúde indígena pela Faculdade Delta - 2018. Residente de Enfermagem no Programa Atenção integral a Saúde Funcional nas Doenças Neurológicas no biênio 2018-2020, pela Universidade Federal do Amazonas no Hospital Universitário Getúlio Vargas. Áreas de interesse: Saúde Pública, Reabilitação, Saúde do Adulto.

TALES DIAS DO PRADO

Possui Graduação em Medicina Veterinária pela Universidade Federal do Tocantins - UFT. Tem experiência na área de Medicina Veterinária, com ênfase em Clínica Cirúrgica de Pequenos Animais. Possui especialização em Residência Médico Veterinária, atuando na área de Clínica, Cirurgia e Anestesiologia de Pequenos Animais, com ênfase em Cirurgia de Pequenos Animais pela Universidade Federal de Goiás. Concluiu Mestrado em Ciência Animal na Universidade Federal de Goiás/Escola de Veterinária e Zootecnia e Doutorado em Medicina Veterinária pela Universidade Estadual Paulista/Jaboticabal. É professor Adjunto das disciplinas de Técnica Cirúrgica e

Anestesiologia Veterinária, Ortopedia, e Clínica Cirúrgica de Pequenos Animais na Universidade de Rio Verde (UniRV).

THAÍS BADINI VIEIRA

Graduada em Medicina Veterinária pela Universidade Federal Fluminense- UFF (2004), Mestre em Medicina Veterinária (Higiene Veterinária e Processamento Tecnológico de Produtos de Origem Animal - POA) pela UFF (2006) e Doutora em Medicina Veterinária (Hig. Vet. e Proc. Tec. POA) pela mesma Instituição (2010). Atualmente é Professora Associado I da Universidade Federal de Mato Grosso - Campus Sinop, lecionando nas disciplinas Microbiologia Veterinária e Epidemiologia Animal.

VANUSA DO NASCIMENTO

Enfermeira graduada pela Universidade do Estado do Amazonas - UEA. Especialista em Saúde da Família na Atenção Primária, Especialista em Enfermagem Intensiva de Alta Complexidade, Especialista em Gerontologia e Saúde do Idoso pela UnATI/ UEA e Especialização em Enfermagem Cardiovascular - UEA. Mestre em Gerontologia pela UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM. Professora do Curso de Pós-graduação em Gerontologia e Saúde do Idoso da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas - UEA. Atualmente atua como Coordenadora da Policlínica Gerontológica da Fundação Universidade da Terceira Idade - FUnATI - AM. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem na Saúde do Idoso, atuando principalmente nas seguintes áreas: Envelhecimento, Saúde Coletiva, Estratégia Saúde da Família e Gerontologia e Saúde do Idoso.

WANDER RICARDO QUADROS DA SILVA.

Médico Graduado pela Universidade do Estado do Pará.



ISBN: 978-65-86127-15-7

QR



9 786586 127157