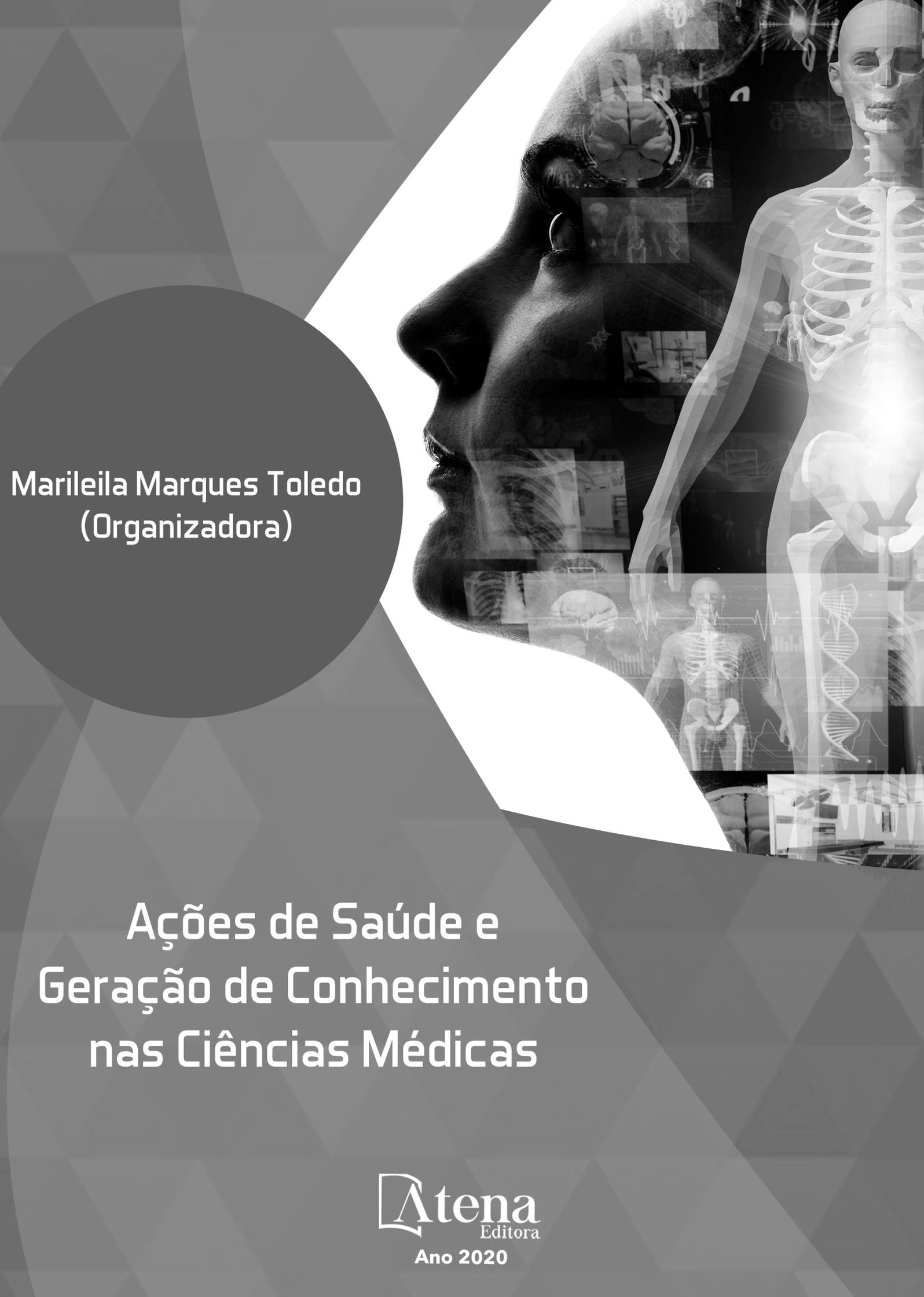




Marileila Marques Toledo
(Organizadora)

Ações de Saúde e Geração de Conhecimento nas Ciências Médicas

Atena
Editora
Ano 2020



Marileila Marques Toledo
(Organizadora)

Ações de Saúde e
Geração de Conhecimento
nas Ciências Médicas

Atena
Editora
Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Geraldo Alves

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
 Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
 Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
 Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
 Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
 Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
 Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
 Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Me. Douglas Santos Mezacas -Universidade Estadual de Goiás
 Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
 Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
 Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
 Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
 Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
 Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
 Prof. Me. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
 Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
 Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
 Profª Ma. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
 Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
 Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
 Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá
 Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

A185 Ações de saúde e geração de conhecimento nas ciências médicas [recurso eletrônico] / Organizadora Marileila Marques Toledo. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-86002-49-2

DOI 10.22533/at.ed.492201303

1. Medicina – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde - Brasil. 3. Diagnóstico.
I. Toledo, Marileila Marques.

CDD 610.9

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná - Brasil

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A coleção “Ações de Saúde e Geração de Conhecimento nas Ciências Médicas” é uma obra que tem como foco principal a discussão científica por intermédio de trabalhos diversos que trazem implicações práticas, alicerçadas teoricamente.

A intenção desta obra é apresentar a pluralidade de saberes e práticas por meio de estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e de pesquisa do país. O e-book reúne pesquisas, relatos de casos e revisões que transitam nas várias especialidades e na multidisciplinaridade, constituindo-se em uma importante contribuição no processo de produção de conhecimento.

A coletânea está organizada em três volumes com temas diversos. O volume 1 contém 25 capítulos que representam ações de saúde por meio de relatos de caso e relatos de experiência vivenciados por universitários, docentes e profissionais de saúde, além de práticas de pesquisa acerca de estratégias ou ferramentas que envolvem o escopo do livro.

O volume 2 contém 27 capítulos que tratam de pesquisas que utilizaram como fonte vários dados obtidos no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em sua maioria, além de dados de instituições de saúde e de ensino e estudos experimentais. O volume 3 contém 21 capítulos e é constituído por trabalhos de revisão de literatura.

Deste modo, esta obra apresenta uma teoria bem fundamentada nos resultados práticos obtidos pelos diversos autores, bem como seus registros de desafios e inquietações, de forma a contribuir para a construção e gestão do conhecimento. Que estes estudos também auxiliem as tomadas de decisão baseadas em evidências e na ampliação e fortalecimento de ações de saúde já em curso.

Uma ótima leitura a todos!

Marileila Marques Toledo

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
ADENOCARCINOMA PULMONAR PRIMÁRIO COM METÁSTASE EM MAMA - RELATO DE CASO	
Thaís Oliveira Nunes da Silva Petra Samantha Martins Cutrim Vitor Ferreira Gerude Byanca Pereira Borges Ilanna Cliscia Vieira de Almeida Igor Marcelo Castro e Silva Monique Santos do Carmo	
DOI 10.22533/at.ed.4922013031	
CAPÍTULO 2	7
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O CUIDADO MULTIPROFISSIONAL DO PACIENTE: ABORDAGENS, PRINCÍPIOS E PRÁTICAS	
Luis Henrique Almeida Castro Cristiane Martins Viegas de Oliveira Daiana Andrade dos Santos Fernanda Viana de Carvalho Moreto Franciellem Menezes de Assunção Geanlucas Mendes Monteiro Giseli Patalo Giseli Vitoriano Lucas Rodrigues Santa Cruz Mi Ye Marcaida Olimpio Raquel Borges de Barros Primo Thiago Teixeira Pereira	
DOI 10.22533/at.ed.4922013032	
CAPÍTULO 3	20
CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA SOBRE A HANSENÍASE EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR BRASILEIRA	
Jhessyca Silva de Oliveira Ana Larissa Araujo Nogueira Eduarda Gomes Bogea Raissa Sousa da Silva Carlene de Jesus Alves da Silva Nayra Regina Mendonça Ramos Adenilma Medeiros Lopes de Sousa Ingredy de Sousa Silva Albert Mendonça Abreu	
DOI 10.22533/at.ed.4922013033	
CAPÍTULO 4	35
CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÃO DO USUÁRIO	
Cícera Gláucia Araujo Vilar Costa Raimunda Alves Correia Tiago Sousa Araújo Monalisa Martins Querino Monaisa Martins Querino	

Sheyla Maria Lima da Silva
Danielle Targino Gonçalves Moura
Joanacele Gorgonho Ribeiro Nóbrega
Janne Eyre Bezerra Torquato
Andressa Gonçalves da Silva
Kelry da Silva Teixeira Aurélio
Woneska Rodrigues Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.4922013034

CAPÍTULO 5 55

CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: HABILIDADES, COMPETÊNCIAS E OS DESAFIOS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Luís Paulo Souza e Souza
Patrícia Silva Rodriguez
Gabriel Silvestre Minucci
Antônia Gonçalves de Souza
André Marinho Vaz
Luciana Caetano Botelho Salomão
Ellen Brandão Leite Faria
Tamara Figueiredo

DOI 10.22533/at.ed.4922013035

CAPÍTULO 6 65

DILEMAS BIOÉTICOS, ESPIRITUALIDADE, FORMAÇÃO PROFISSIONAL E A INTER-RELAÇÃO COM PACIENTE

Wagner Couto Assis
Kay Amparo Santos
Larissa de Oliveira Vieira
Mirella Santos Alves
Rita Narriman Silva de Oliveira Boery
Jennifer Santos Pereira
Alba Benemérta Alves Vilela

DOI 10.22533/at.ed.4922013036

CAPÍTULO 7 78

DISFUNÇÃO VENTRICULAR APICAL TRANSITÓRIA EM PACIENTE JOVEM – RELATO DE CASO

Anne Dollores Sousa Jardim Nascimento
Dhalia Mesquita de Araujo
Danielly de Oliveira Vasconcelos
Germana Esmeraldo Monteiro
Karine Carneiro Fonseca
Ingrid Albuquerque Araujo Gomes Self
Isabella Fróes Souza
Luanna Oliveira Alves
Marina Quezado Gonçalves Rocha Garcez
Marcus Alcy Brandão Grangeiro
Lucas Quezado Gonçalves Rocha Garcez
Maria Jacqueline Silva Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.4922013037

CAPÍTULO 8 86

EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE À MULHER INDÍGENA KRIKATÍ

Mônica Santos Lopes Almeida
Fábio José Cardias Gomes
Waléria da Silva Nascimento Gomes
Ênnio Santos Barros
Ana Paula Santos Lopes Pinheiro
Taynara Logrado de Moraes
Annyzabel Santos Barros
Cleize Ediani Silva dos Santos
Rodolfo José de Oliveira Moreira
Edivaldo Silva Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.4922013038

CAPÍTULO 9 95

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA NA ATENÇÃO BÁSICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Francisco Fernandes Abel Manguera
Rosely Leyliane dos Santos
Amanda Soares
Rondinele Antunes de Araújo
Lorena Sofia dos Santos Andrade
Waleska Fernanda Souto Nóbrega
Milena Edite Casé de Oliveira
Tácila Thamires de Melo Santos
Saionara Açucena Vieira Alves

DOI 10.22533/at.ed.4922013039

CAPÍTULO 10 107

ELABORAÇÃO DE UM PLANO PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO USO DA FITOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MINEIROS-GO

Manuce Aparecida Machado Borges
Rochele Cassanta Rossi
Priscila Schmidt Lora

DOI 10.22533/at.ed.49220130310

CAPÍTULO 11 119

ESFEROCITOSE HEREDITÁRIA: A IMPORTÂNCIA DE UMA ABORDAGEM ADEQUADA

Rayssa Mayara Rodrigues de Souza
Larissa Balby Costa
Maria Arlete da Silva Rodrigues
Gabriela Medrado Fialho
Eloá Weba Costa
Mylenna Maria de Brito Silva
Debhora Geny de Sousa Costa
Clarissa Pires Lobato
Rosângela Rodrigues Alencar dos Reis
Fernanda Rachel Melo e Vidigal do Ó
Monique Santos do Carmo
Maria Perpetuo Socorro Balby Pires

DOI 10.22533/at.ed.49220130311

CAPÍTULO 12 126

ESTRATÉGIAS PARA EVITAR A VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA E SEUS DIREITOS

Rafaella Lima Camargo
Diulle Braga Oliveira
Fernanda Pinheiro Quadros e Silva
Lanna Isa Estanislau de Alcântara
Larissa Alvim Mendes
Mariana Cordeiro Dias
Matheus Terra de Martin Galito
Nathely Bertly Coelho Pereira
Yolanda Schiavo Schettino de Oliveira Borges
Gustavo Henrique de Melo da Silva
Juliana Santiago da Silva

DOI 10.22533/at.ed.49220130312

CAPÍTULO 13 145

HIPERTENSÃO PULMONAR SECUNDÁRIA A TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRÔNICO DE DIAGNÓSTICO TARDIO: RELATO DE CASO

Hosana da Luz Bezerra Leite dos Santos
Laís Ferreira Silva
Júlia de Souza Novais Mendes
Juliana Silva Carvalho
Gilmara Santos Melo Duarte
Iury Douglas Calumby Braga
Jardenia Lobo Rodrigues
Joessica Katiusa da Silva Muniz
Mirella Costa Ataídes
Glacynara Lima Sousa
Maria Bianca da Silva Lopes
Raquel Moraes da Rocha Nogueira

DOI 10.22533/at.ed.49220130313

CAPÍTULO 14 152

IMPACTO DA FALTA DO TRABALHADOR À PRODUTIVIDADE DE UMA EMPRESA

Luana Silva Ribeiro
Letícia Mendes Oliveira
Arthur Scalon Inácio
Milena Doriguetto Carvalho
Paula Corrêa Bóel Soares

DOI 10.22533/at.ed.49220130314

CAPÍTULO 15 156

PANORAMA DE ACESSO A PLANTAS MEDICINAIS E A FITOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MINEIROS-GO

Marina Ressorio Batista
Priscila Schmidt Lora
Rochele Cassanta Rossi

DOI 10.22533/at.ed.49220130315

CAPÍTULO 16	171
PERCEPÇÃO DOS ALUNOS DE MEDICINA DA UECE SOBRE A IMPORTÂNCIA DA CADEIRA DE FISIOLOGIA PARA O PROVEITO DO CICLO CLÍNICO	
Lucas Pontes Coutinho Crystianne Calado Lima Filipe Correia Carmo Rafael Ximenes Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.49220130316	
CAPÍTULO 17	177
PERCEPÇÃO DOS DISCENTES DE ENFERMAGEM NA DETECÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE RIBEIRINHA	
Rodrigo Damasceno Costa Paula Andreza Viana Lima Natalie Kesle Costa Tavares Mariana Paula da Silva Lucas da Silva de Almeida Josiane Montanho Mariño Silvia Caroline Camargo Soares	
DOI 10.22533/at.ed.49220130317	
CAPÍTULO 18	183
PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE DA MALÁRIA: DISTRIBUIÇÃO DE CASOS POSITIVOS DE MALÁRIA APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO NA REGIÃO XINGU	
Luana Carla Lima de Almada Mateus de Sá Rego Cesar Augusto de Oliveira Barcelos Camila de Almeida Silva Cenilde da Costa Araújo Talita Pompeu da Silva Fábio Palma Albarado da Silva Denilson Soares Gomes Junior Marco Antonio Barros Guedes José Antonio Cordero da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.49220130318	
CAPÍTULO 19	198
RELAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE SATISFAÇÃO COM A VIDA E A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS ENTRE JOVENS NO MUNICÍPIO DE ITAPETINGA – BAHIA	
Rebeca Pereira da Silva Priscylla de Jesus Almeida Luana Fagundes Requião Obertal da Silva Almeida Murilo Marques Scaldaferrri	
DOI 10.22533/at.ed.49220130319	
CAPÍTULO 20	208
RELATO DE CASO: ENTRE A CONSTRUÇÃO DE VÍNCULO E A MINIMIZAÇÃO DA DOR	
Carla Moura Cazelli Mayara Bastos Souza	
DOI 10.22533/at.ed.49220130320	

CAPÍTULO 21 216

SUSPEITA DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO LEVA AO DIAGNÓSTICO DE ARTERITE DE TAKAYASU

Gustavo José Monici Villela dos Reis Filho
Beatriz Lima de Moraes
Ana Carolina Crestani Ferri
Yasmin Adetolá Migliari Salamí
Maria Angélica Gaspar Machado
Aiane das Dores Lopes Onoda
Maria Eduarda Ribeiro Rojo
Gustavo Porto de Oliveira
João Paulo Rathsam Penha

DOI 10.22533/at.ed.49220130321

CAPÍTULO 22 222

TRABALHANDO A HUMANIZASUS NA ATENÇÃO BÁSICA: ÊNFASE NO ACOLHIMENTO

Samuel Lopes dos Santos
Manuel Airton
Sheilane da Silva Carvalho
Maria Auxiliadora Lima Ferreira
Ana Luiza de Santana Vilanova
Sara da Silva Siqueira Fonseca
Tayrine Nercya Torres
Eryson Lira da Silva
Yara Freitas Morais Fortes

DOI 10.22533/at.ed.49220130322

CAPÍTULO 23 230

FATORES DE RISCO À SAÚDE DE TRABALHADORES QUE ATUAM NO SETOR DE NUTRIÇÃO DE UM HOSPITAL PÚBLICO

Rafael Amorim Pinheiro
Rízia Maria da Silva
Elenice Matos Moreira
Maria de Fátima de Souza

DOI 10.22533/at.ed.49220130323

CAPÍTULO 24 243

A INFLUÊNCIA DE PÊNFIGO VULGAR NO DESENVOLVIMENTO DE LINFOMAS NÃO-HODGKIN DAS CÉLULAS B: RELATO DE CASO

Natália Cíntia Andrade
Nayara Cristina de Oliveira Goes
Brayan Jonas Mano Sousa
Rodrigo Lobo Leite

DOI 10.22533/at.ed.49220130324

CAPÍTULO 25 250

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO CARDÍACA APÓS EXPOSIÇÃO PROLONGADA AO CONTAMINANTE AMBIENTAL TRIBUTILESTANHO

Carolina Falcão Ximenes
Samya Mere Lima Rodrigues
Cleydianne Luisa Vieira Pereira

Kamila Vidal Braun
Paula Salgado Rabelo
Jones Bernardes Graceli
Rogério Faustino Ribeiro Junior
Ivanita Stefanon

DOI 10.22533/at.ed.49220130325

SOBRE A ORGANIZADORA.....	267
ÍNDICE REMISSIVO	268

CAPÍTULO 2

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O CUIDADO MULTIPROFISSIONAL DO PACIENTE: ABORDAGENS, PRINCÍPIOS E PRÁTICAS

Data de aceite: 03/03/2020

Data de submissão: 03/12/2019

Luis Henrique Almeida Castro

Bacharel em Nutrição pela Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD

Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – UFGD

Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde Dourados – Mato Grosso do Sul

<http://lattes.cnpq.br/5150361516928127>

Cristiane Martins Viegas de Oliveira

Mestranda em Desenvolvimento Local com enfoque em Direitos Humanos (UCDB)

Graduada em Direito e em Educação Física - Licenciatura e Bacharelado (UCDB)

Pós-Graduada em Direito Processual Penal e Direito Penal (UNIDERP)

Pós-Graduada em Direito Processual Civil e Direito Civil (UNIDERP)

Pós-Graduada em Educação Especial (UCDB) Dourados – Mato Grosso do Sul

<http://lattes.cnpq.br/8254637559028909>

Daiana Andrade dos Santos

Universidade Federal da Grande Dourados

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Mestrado / UFGD

Dourados – Mato Grosso do Sul

<http://lattes.cnpq.br/7415640372783278>

Fernanda Viana de Carvalho Moreto

Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD

Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Alimentos e Saúde – PPGANS

Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde Dourados – Mato Grosso do Sul

<http://lattes.cnpq.br/2430568469169030>

Franciellem Menezes de Assunção

Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD

Faculdade de Ciências da Saúde (FCS)

Dourados - Mato Grosso do Sul

<http://lattes.cnpq.br/3025970466209784>

Geanlucas Mendes Monteiro

Mestrando do Programa de Saúde em Desenvolvimento na Região Centro-Oeste - UFMS

Campo Grande – Mato Grosso do Sul

<http://lattes.cnpq.br/3581774940666343>

Giseli Patalo

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Campo Grande – Mato Grosso do Sul

<http://lattes.cnpq.br/0023599513064933>

Giseli Vitoriano

Bacharel em Psicologia pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - UFMS

Pos-graduanda em Terapia Cognitivo-comportamental pelo Instituto de Terapia

Cognitivo-comportamental do Mato Grosso do Sul

Campo Grande – Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/3479173786211773>

Lucas Rodrigues Santa Cruz

Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD
Faculdade de Ciências da Saúde (FCS)
Dourados - Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/8280519206227369>

Mi Ye Marcaida Olimpio

Fundação Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – UFGD
Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde
Dourados – Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/6755046426902387>

Raquel Borges de Barros Primo

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal da Grande Dourados
Dourados - Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1100475265608999>

Thiago Teixeira Pereira

Fundação Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – UFGD
Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde
Campo Grande – Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/6348333429513769>

RESUMO: O trabalho da equipe multiprofissional no cuidado a saúde é reconhecido por todos por trazer um enfoque holístico e integrado tendo sido incorporado progressivamente na prática clínica desde o seu surgimento. Os profissionais desta área vivenciam hoje um período transicional no qual a definição dos limites, intersecções e interfaces tem sido marcada pela resistência dos adeptos ao modelo biomédico. Ações de saúde realizadas em equipe, no entanto, buscam promover o rompimento dessas visões mais individualistas na tentativa de estabelecer vínculos ocupacionais entre os agentes deste processo numa abordagem resolutiva. Neste contexto interdisciplinar – no momento em que ocorrem grandes transformações nas sociedades globalizadas – a ação do nutricionista ganha ainda mais relevância. A transição epidemiológica e o conseqüente avanço da prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis demanda da equipe multiprofissional ações eficientes na avaliação do estado e na determinação do risco nutricional. Outrossim, este capítulo objetiva rever a literatura científica desta matéria apresentando um breve debate sobre como a quebra do paradigma da atenção à saúde coletiva pode impactar as perspectivas nutricionais de ação no resgate do cuidado humano como forma de assimilar os aspectos envolvidos na prestação do cuidado nutricional ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação nutricional, saúde coletiva, prática clínica, equipe multiprofissional, saúde da família.

NUTRITIONAL ASSESSMENT AND ITS CONTRIBUTION TO MULTIPROFESSIONAL PATIENT CARE: APPROACHES, STANDARDS AND PRACTICES

ABSTRACT: The multiprofessional work team in health care is recognized by all for bringing a holistic and integrated approach and has been progressively incorporated into clinical practice since its inception. Professionals in this area are currently experiencing a transitional period in which the definition of limits, intersections and interfaces has been marked by the resistance of followers to the biomedical model. Health actions carried out in teams, however, seek to promote the disruption of these more individualistic views in an attempt to establish occupational links between the agents of this process in a resolute approach. In this interdisciplinary context – at a time when major transformations are taking place in globalized societies – the action of the nutritionist gains even more relevance. The epidemiological transition and the consequent advance in the prevalence of chronic non-communicable diseases demand efficient actions by the multiprofessional team in assessing the state and determining the nutritional risk. Furthermore, this chapter aims to review the scientific literature on this subject presenting a brief debate on how the paradigm shift in collective health care can impact the nutritional perspectives of action in the rescue of human care as a way to assimilate the aspects involved in providing nutritional care to patients.

KEYWORDS: Nutritional assessment, collective health, clinical practice, multiprofessional team, family health.

1 | A TRANSIÇÃO DO MODELO DE SAÚDE / DOENÇA

O conceito de atenção à saúde, bem como sua aplicabilidade em coletividades, atualmente passa por um período de transição na forma como o paciente é visto, abordado e tratado. As constantes melhorias e o avanço do alcance das novas tecnologias propiciaram uma drástica mudança no perfil social da população que busca a atenção básica de saúde: hoje a multidimensionalidade das demandas culturais, econômicas, ambientais e sociais do paciente impõe mudanças tácitas na forma tradicional de análise, diagnóstico e intervenção (FERREIRA et al, 2009).

A abstração pelos profissionais de saúde dos vários contextos aos quais o paciente está inserido se tornou imperativa neste processo. Este paradigma que se instaura na prática do cuidado terapêutico demanda que a comunidade médica avance ante a pragmática visão fragmentada do conhecimento na área da saúde, buscando com isso um olhar mais integrador do ser humano, do seu ambiente, de suas práticas, hábitos, vivências e dinâmicas culturais (FERREIRA et al, 2009;

SEVERO & SEMINOTTI, 2010).

Esse novo olhar, pautado na interdisciplinariedade – e não obstante na transdisciplinaridade – contrasta profundamente com o modelo imperativo e reducionista que vigorava até meados do século XX no qual o foco da atenção à saúde era a afecção patológica e não o ser humano por ela acometido. (ALMEIDA & MISHIMA, 2001).

A formação de novos profissionais, a perda do monopólio médico sobre o cuidado terapêutico e as tecnologias a serviço da saúde forçaram o desenvolvimento de mecanismos que objetivaram superar essa abordagem mecanicista levando em consideração, agora, os múltiplos cenários de causalidade e efeito que permeiam a vida do paciente antes de sua admissão hospitalar (FERIOTTI, 2009).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) mesmo tendo sua criação pautada no princípio da integralidade, sempre apresentou falhas sistemáticas na implementação de um cuidado mais amplo ao paciente. Contudo, frente a este novo modelo tecnoassistencial, hoje agrega-se aos seus princípios fundamentais preceitos tais como: a qualidade de vida, cidadania, inclusão social e humanização da prática médica e clínica (CARDOSO & HENNINGTON, 2011; PEDUZZI, 2001; SEVERO & SEMINOTTI, 2010).

Levando em consideração a temporalidade desta mudança e os vários sujeitos atuantes, a reorganização deste modelo ainda é vista como um grande desafio para saúde pública, de modo que nesse cenário, a integração e atuação mútua entre os profissionais de saúde se torna indispensável. Conquanto, o atendimento da demanda biopsicossocial do cuidado para com o indivíduo, de seu grupo familiar e de seu círculo comunitário se mostra como o caminho mais eficaz para unir estas as novas formas de atuação com a teoria compartimentalista a qual os agentes promotores da saúde estão tão familiarizados no âmbito acadêmico e científico (FERIOTTI, 2009).

A experiência brasileira neste tópico mostra que o serviço de saúde executado no contexto das equipes multiprofissionais é um fator determinante para o sucesso da capacitação e desempenho do método trabalhista dentro de programas como, por exemplo, a Estratégia de Saúde da Família. Contrapondo a prática clínica comum, neste programa os vários profissionais envolvidos no cuidado terapêutico precisam desenvolver dentro de cada unidade de saúde um vínculo de confiança com as famílias atendidas em cada região, tecendo o diagnóstico do indivíduo de modo paralelo à identificação das situações de risco aos quais aquela comunidade está exposta para só então estabelecer o plano de atividade (FERREIRA et al, 2009; ALMEIDA & MISHIMA, 2001; CARDOSO & HENNINGTON, 2011).

Tal postura possibilita uma intervenção amplificada que atinge não só o sujeito clínico e a patologia que traz consigo, mas também todo seu entorno sociocultural.

Fazê-lo, no entanto, requer a implementação de profundas transformações no modo como o trabalho é executado – trabalho aqui enquanto prestação de serviço (e no caso do Brasil, serviço público) (PEDUZZI, 2001).

Além da cooperação, a atuação conjunta entre os profissionais de saúde demanda uma formação teórica ampla o suficiente para legitimar e propiciar o trabalho coletivo de modo que o objetivo maior seja não apenas implementar o plano de atividade, mas incentivar e efetivar o compartilhamento dos conhecimentos e informações geradas com a vivência em comunidade (FERIOTTI, 2009; PEDUZZI, 2001).

Em uma situação análoga à evolução do método produtivo industrial (numa analogia difusa, mas ainda assim válida), esta recomposição do trabalho especializado impulsiona o trabalhador da saúde a se desvincular da produção em massa (eficácia) e a focar na relação interprofissional de modo a agir em coletividade para uma produção voltada não tão somente ao produto, mas ao seu público consumidor (eficiência). Portanto, o trabalho em equipe na área da saúde, hoje, requer uma edificação comunitária e cooperativa das intervenções buscando a integralidade das áreas técnicas e humanas de modo a fornecer um plano terapêutico capaz de inserir e manejar o contexto sociocultural do indivíduo, dos grupos e das coletividades das quais ele é parte integrante (FERIOTTI, 2009; ALMEIDA & MISHIMA, 2001).

Todavia, o caminho para efetivar essa concepção cooperativa do trabalho em saúde ainda requer investimento humano (visto que é baseada na confiança e solidariedade) e capital (dada a ampla necessidade de capacitação profissional). É concedido a equipe multidisciplinar o papel de promoção e gerência do próprio contexto de saúde da comunidade atendida fazendo com que os desafios rumo à integralização do trabalho sejam, embora altos, superáveis se devidamente inserida neste contexto a própria comunidade estiver (ALMEIDA & MISHIMA, 2001; SEVERO & SEMINOTTI, 2010).

2 | O TRABALHO EM EQUIPE NO CONTEXTO DA INTERDISCIPLINARIDADE

A literatura das ciências administrativas tangente aos tópicos de gestão interpessoal, recursos humanos e empreendedorismo explana uma importante diferenciação conceitual – reforçada por Peduzzi na obra “Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia” – entre os dois principais gêneros de trabalho multiprofissional: a equipe de agrupamento de agentes e a equipe integradora de trabalho. Enquanto a primeira é marcada pela fragmentação e método difuso, a segunda tem por características primordiais a articulação por meio do método colaborativo (CHIAVENATO, 2001; KOTLER & KELLER, 2007; PEDUZZI, 2001).

Tais distinções, destacadas na Tabela 1 (Diferenças conceituais na dinâmica

trabalhista entre a equipe integradora e a equipe de agrupamento), geram uma articulação das situações de trabalho nas quais o profissional da saúde é capaz de elaborar concatenações entre os objetivos do plano de atividade e as intervenções pretendidas de acordo não somente com a equipe de trabalho na qual está inserido, mas também em consonância com a realidade socioambiental, histórica e cultural da comunidade em questão (CHIAVENATO, 2001; KOTLER & KELLER, 2007; PEDUZZI, 2001; FERREIRA et al, 2009).

Enquanto a equipe de agrupamento tende à justaposição das ações e ao agrupamento de seus agentes, as equipes integrativas são mais propensas a realizar a articulação das ações e a integração de seus promotores. Dessa conjuntura deriva que, historicamente na área da saúde, seus agentes (médicos ou não) são treinados pela academia científica e pela própria estrutura da prática clínica em si, a perpetuarem relações desproporcionais (e conseqüentemente desiguais) entre os elos da cadeia hierárquica de modo que quanto mais distante do topo do fluxograma tático, maior será seu nível de subordinação (KOTLER & KELLER, 2007; PEDUZZI, 2001; FERREIRA et al, 2009).

Peduzzi ressalta ainda que o fazem mesmo quando se utilizam de “*um discurso crítico sobre a divisão e recomposição do trabalho*”. Essa dicotomia favorece o modelo biomédico do cuidado à saúde básica (focado na doença) em detrimento dos avanços e práticas alcançados pela interdisciplinariedade da saúde com “*outras áreas de produção de bem-estar, como a educacional, preventiva, psicossocial e comunicativa, que aparecem periféricas ao trabalho nuclear*” (PEDUZZI, 2001).

Dinâmica trabalhista	Equipe integradora	Equipe de agrupamento
Comunicação externa		X
Comunicação pessoal		X
Comunicação técnica	X	
Projeto assistencial comum	X	
Trabalho especializado	X	
Flexibilidade	X	
Autonomia clínica e técnica	X	

Tabela 1. Diferenças conceituais na dinâmica trabalhista entre a equipe integradora e a equipe de agrupamento*

*Fonte: adaptado de PEDUZZI, 2001 e CHIAVENATO, 2001.

Neste cenário, a perpetuação desses vínculos de subordinação se dá pela manutenção da estrutura do ensino acadêmico que mimetiza a Academia de modo muito mais casuístico do que sua proposta original e, desta forma, os agentes da

saúde (uma vez diplomados) tendem a legitimar essas mesmas práticas hierárquicas no âmbito clínico favorecendo de modo substancial a alienação da sua própria perícia técnica em detrimento de uma abordagem mais humana no trato da relação profissional de saúde para com o paciente (FERIOTTI, 2009; PEDUZZI, 2001; ALMEIDA & MISHIMA, 2001).

Por outro lado, um olhar crítico sobre o modelo interdisciplinar revela que – ao contrário do defendido por muitos teóricos do ramo – a operação de saúde realizada de modo multiprofissional não pressupõe necessariamente a supressão das especialidades médicas; pelo contrário: incentiva a flexibilização da divisão do trabalho mantendo, inequivocamente, os diferenciais técnicos de cada profissional e sua tipicidade inata (SEVERO & SEMINOTTI, 2010; CARDOSO & HENNINGTON, 2011; PEDUZZI, 2001).

Esta flexibilização do trabalho, segundo Peduzzi: “*tem sido entendida como a coexistência de ações privadas das respectivas áreas profissionais e ações que são realizadas, sem distinção, por agentes de diferentes setores*” (PEDUZZI, 2001). Deste modo, o protagonista da intervenção médica deixa de ser o próprio profissional que, por sua vez, cede espaço para os demais agentes do cuidado terapêutico – cada qual em sua área de formação – contribuindo para o diagnóstico coletivo e individual de modo integrado e associado.

3 | A CONTRIBUIÇÃO DA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS E NO CUIDADO TERAPÊUTICO

Como visto anteriormente, o cuidado integralizador do paciente pela equipe multiprofissional dentro de uma abordagem interdisciplinar é passo decisivo para a consolidação e quebra definitiva do paradigma do modelo biomédico de atenção à saúde.

Neste sentido, a história recente acerca da chamada transição epidemiológica vivenciada em sua maioria a partir do final do século passado pelos países em desenvolvimento nos mostra que algumas situações de risco específicas possuem em seu contexto fisiopatológico características intrínsecas que os colocam no topo da problemática da saúde pública.

Situações patológicas tais como a Síndrome Metabólica (SM) conseguem exemplificar de modo quase inequívoco o porquê da necessidade deste novo olhar sobre a saúde do indivíduo e dos grupos sociais a que ele está inserido. No Brasil, a exemplo têm-se que 56,8% dos nipo-brasileiros que residem na cidade de São Paulo; 23,7% da população de Salvador; 24,8% do semiárido baiano; 25,4% população urbana de Vitória; e, cerca de 32% dos moradores do Distrito Federal são portadores de SM (SBC, 2005).

Uma visão geral deste quadro epidemiológico aliado ao conhecimento das recentes descobertas acerca dos mecanismos de ação da SM mostra que o cuidado interdisciplinar do paciente se faz urgente e necessário. Neste caso em específico, sabe-se hoje por exemplo que a obesidade abdominal aumenta a expressão do receptor CCR2 da proteína MCP-1 que, por sua vez, incentiva a migração de monócitos do líquido sanguíneo para o tecido adiposo visceral donde passarão pelo processo de diferenciação em macrófagos (PARKER, 1986; Garg et al, 1990; Minich & Bland, 2008).

Uma vez instalados, os mesmos aumentam a produção das adipocinas, quimiocinas e citocinas pró-inflamatórias que, aliadas a hipertrofia adipocitária, ao quadro de hipóxia e de endotoxemia, acaba por desenvolver uma inflamação abdominal local e crônica. Se não tratado, este estado inflamatório intraperitoneal estimula a sinalização de marcadores inflamatórios como o TNF- α que desempenha papel fundamental da inibição da fosforilação da tirosina do substrato-1 do receptor de insulina (IRS-1) levando o indivíduo a desenvolver uma alteração na expressão da proteína transportadora de glicose 4 (GLUT 4) (PARKER, 1986; Garg et al, 1990; Minich & Bland, 2008).

Toda esta via de ação, se não interrompida, culmina no desenvolvimento da resistência insulínica periférica que, juntamente com a gordura abdominal excessiva compõe um dos principais marcadores de vigilância do avanço da SM na população. Deste ponto em diante, como melhor apresentado na Figura 1 (A resistência insulínica periférica e o desencadeamento do ciclo vicioso da Síndrome Metabólica), o paciente não tratado desenvolve um quadro acumulativo que se retroalimenta favorecendo o avanço de forma cada vez mais rápida e intensa das comorbidades associadas à obesidade, ao sobrepeso e ao excesso de gordura abdominal (PARKER, 1986; Garg et al, 1990; Minich & Bland, 2008).

Paralelamente, na contramão destes fatores, sabemos que embora a desnutrição sempre tenha sido uma condição patológica de difícil definição, continua sendo importante e relevante que os profissionais da saúde saibam reconhecer as populações com alto risco de deterioração de seu estado nutricional e aqueles que mais necessitam de terapia nutricional preventiva ante a este quadro. Identificar corretamente quais pacientes estão em maior risco certamente ajuda a evitar atrasos na terapia nutricional e a prevenir complicações subseqüentes (PATEL et al, 2016).

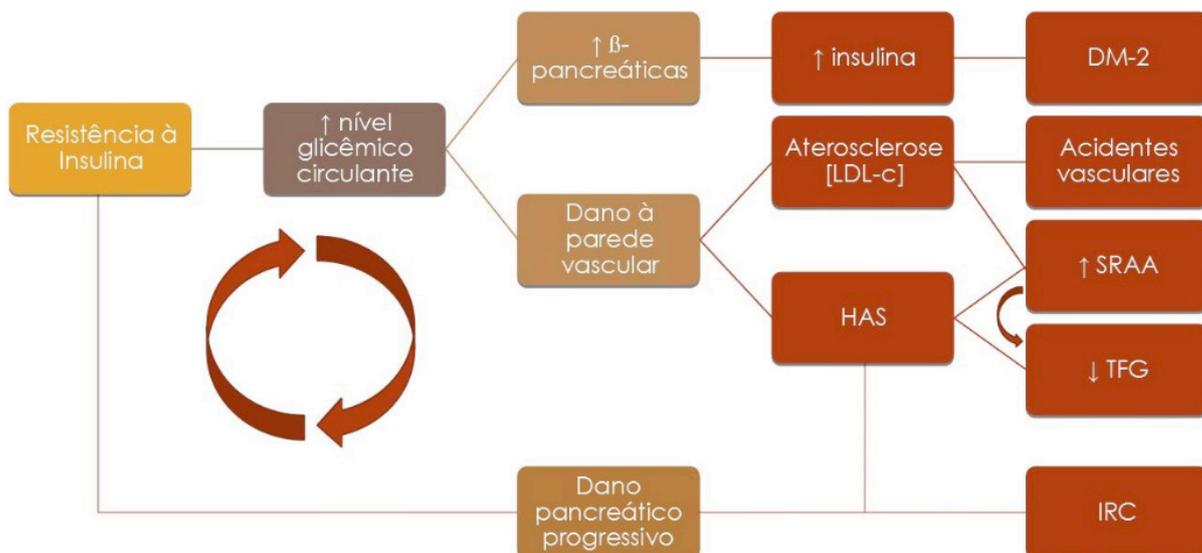


Figura 1. A resistência insulínica periférica e o desencadeamento do ciclo vicioso da Síndrome Metabólica. Siglas. DM-2: diabetes mellitus do tipo 2; LDL-c: lipoproteína de colesterol de baixa densidade; HAS: hipertensão arterial sistêmica; SRAA: sistema renina-angiotensina aldosterase; TFG: taxa de filtração glomerular; IRC: insuficiência renal crônica. Fonte: próprios autores.

As ferramentas tradicionais de avaliação nutricional, como a Avaliação Subjetiva Global (ASG), a Mini Avaliação Nutricional (ASN) e a Ferramenta de Triagem Universal de Desnutrição (MUST), compõem um *hall* de sistemas rápidos, fáceis e prontamente utilizados na identificação adequada dos pacientes que mais se beneficiariam de uma possível intervenção nutricional (PATEL et al, 2016; BARBOSA-SILVA, 2008).

Por outro lado, a alocação adequada de recursos de cuidados de saúde exige a identificação precisa dos pacientes onde a terapia nutricional específica pode não ser necessária. Esses pacientes estão em baixo risco e não se espera que apresentem melhores resultados em resposta à terapia nutricional (CEREDA, 2012; PATEL et al, 2016).

A gravidade da doença aguda e o metabolismo do stress na admissão podem contribuir tanto para o risco nutricional como para o estado nutricional subjacente. Não obstante, a deterioração deste quadro pode ocorrer por um processo crônico lento devido a doenças como a anorexia oncológica, má absorção ou doenças auto-imunes. A doença aguda e o estado nutricional têm um efeito aditivo, colocando estes pacientes em risco de desfechos adversos e complicações subsequentes. Por exemplo, identificar diminuições moderadas do estado nutricional com um nível moderado de doença aguda pode resultar num aumento mais rápido do risco nutricional do que qualquer um dos processos isoladamente (PATEL et al, 2016; GEURDEN et al, 2012; THOMPSON & NOEL, 2017).

Os instrumentos tradicionais de avaliação nutricional perdem essencialmente esta interação entre o estado nutricional de base e o processo da doença aguda. Como resultado, isto pode levar a uma classificação imprecisa do risco nutricional. Os

sistemas de avaliação tradicionais podem ser complicados, demorados e a maioria não leva em conta o processo da doença aguda com precisão. Contudo, os pacientes gravemente doentes que são classificados como “em risco de desnutrição” assim o são por quase todas as ferramentas de rastreamento disponíveis hoje (THOMPSON & NOEL, 2017; PATEL et al, 2016).

A maioria dos métodos tradicionais incorpora apenas o histórico, exame físico e valores laboratoriais para avaliar o estado nutricional. Dada a incapacidade de incorporar de forma precisa e consistente o processo da doença aguda, estes sistemas mais antigos podem ser mais sensíveis, mas menos específicos em comparação com as novas ferramentas de avaliação (PATEL et al, 2016).

O uso de peso e/ou IMC também pode ser enganoso, especialmente em pacientes jovens. Erros na avaliação podem levar a atrasos significativos na terapia nutricional e, além disso, aferições seriadas do peso podem não ser um caminho confiável de se seguir em pacientes de UTI propensos a experimentar mudanças significativas de fluidos durante a hospitalização, por exemplo (HURT & MCCLAVE, 2016; CEREDA, 2012; PATEL et al, 2016).

Uma importante mudança de paradigma deve ocorrer a fim de se passar da simples avaliação dos parâmetros da desnutrição para a determinação do risco nutricional, que incorpora o componente adicional da gravidade da doença. A doença aguda ou a gravidade da doença podem contribuir igualmente para o risco nutricional, tal como o mau estado nutricional em si. O valor deste conceito no ambiente atual dos cuidados de saúde é ligar a avaliação e o tratamento com resultados mensuráveis de sucesso (PATEL et al, 2016).

Paralelamente, a triagem e a avaliação do estado nutricional são reconhecidas como tarefas difíceis e, por isso, não é recomendado o uso isolado de apenas uma medida e/ou marcador do estado nutricional. No contexto da prática clínica da enfermagem, por exemplo, a implementação assertiva de ferramentas de triagem baseadas em evidências nos procedimentos de admissão de pacientes ainda não é uma realidade sendo a falta de tempo e de conhecimento sobre os aspectos da desnutrição os principais obstáculos narrados (GEURDEN et al, 2012; BAUER, et al 2008).

Ainda no âmbito da assistência de enfermagem e nutrição, o peso corporal é comumente aferido por dispositivos automáticos ou automatizados como balanças eletrônicas, cadeiras de pesagem ou guinchos modulares enquanto que a altura é geralmente medida com um estadiômetro. No entanto, quando os pacientes estão acamados ou por várias razões não são capazes de ficar e/ou de se manter em posição bípede, aferir o peso corporal e altura torna-se uma tarefa mais demorada e difícil (GEURDEN et al, 2012).

Desta forma, algo muito frequente é o uso do chamado “autorrelato” no qual

o paciente (se lúcido) expressa, em quilos, o resultado da última pesagem que se recorda. É claro que, embora prático e embora possibilite uma economia significativa do tempo necessário à admissão de novos pacientes, este método está exposto a inúmeros tipos de viés (THOMPSON & NOEL, 2017; GEURDEN et al, 2012; HURT & MCCLAVE, 2016).

Sugere-se que o peso autodeclarado por um adulto, por exemplo, será muito subestimado se o paciente estiver naquele momento acima do peso ou se já tiver sido um obeso mórbido no passado. Além disso, vieses de gênero, tempo e idade contribuem para a baixa acurácia do autorrelato (no contexto de uma sociedade misógina e machista, por exemplo, poderá ser comum a mulher subestimar e o homem superestimar seu peso corporal) (GEURDEN et al, 2012).

Paralelamente, a população de pacientes internados em âmbito hospitalar constitui uma parcela mais complexa e heterogênea da atenção nutricional multi e interdisciplinar. Profissionais de saúde de vários campos de atuação estão envolvidos nos procedimentos de admissão destes pacientes sendo prática comum o questionamento por parte da equipe sobre os mais variados parâmetros ao próprio paciente, tais como o peso corporal, altura, e sobre seu quadro sintomatológico (GEURDEN et al, 2012; BARBOSA-SILVA, 2008).

Num resumo referencial e teórico da literatura abordada neste texto, concluímos ser importante ao leitor deste capítulo elencar os aspectos essenciais, dentro do âmbito da multidisciplinaridade, da avaliação do estado nutricional. Nesta avaliação é, em suma, recomendado que:

- A abordagem tenha início com o inquérito histórico completo, incluindo a ingesta alimentar;
- Este inquérito inclua aspectos sociais, religiosos e culturais que possam ser relevantes no contexto alimentício (fatores que impeçam o preparo, a mastigação, a deglutição e/ou a digestão, por exemplo);
- O exame inclua ao menos a aferição da altura, do peso e o cálculo do índice de massa corporal, podendo se estender para as medidas da circunferência da cintura e da relação cintura/quadril, bem como ao menos uma avaliação da força muscular se conveniente;
- A avaliação laboratorial inclua preditores essenciais tais como albumina, pré-albumina e outros marcadores das reservas de proteínas corporais totais;
- Nenhum biomarcador seja utilizado como um fim em si mesmo – deve-se lembrar que, isoladamente, nenhum preditor é completamente sensível ou específico; e, por fim,
- A identificação das deficiências nutricionais típicas e mais prevalentes de acordo com o contexto social, cultural, ambiental e histórico do paciente.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel De e MISHIMA, Silvana Martins. **O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 5, n. 9, p. 150–153, Ago 2001.
- BARBOSA-SILVA, M Cristina G. **Subjective and objective nutritional assessment methods: what do they really assess?:** Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care, v. 11, n. 3, p. 248–254, Maio 2008.
- BAUER, Juergen M. e colab. **The Mini Nutritional Assessment®—Its History, Today’s Practice, and Future Perspectives.** Nutrition in Clinical Practice, v. 23, n. 4, p. 388–396, Ago 2008.
- CARDOSO, Cíntia Garcia e HENNINGTON, Élide Azevedo. **Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 9, n. suppl 1, p. 85–112, 2011.
- CARNEY, David E. **Current Concepts in Nutritional Assessment.** Archives of Surgery, v. 137, n. 1, p. 42, 1 Jan 2002.
- CEREDA, Emanuele. **Mini Nutritional Assessment:** Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care, v. 15, n. 1, p. 29–41, Jan 2012.
- CHIAVENATO, Idalberto. **Teoria geral da administração: volume I : abordagens prescritivas e normativas da administração.** Barueri, SP: Manole, 2001.
- FERIOTTI, Maria de Lourdes. **Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo.** Vínculo – Revista do NESME, v. 2, n. 6, p. 113–219, 2009.
- FERREIRA, Ricardo Corrêa e VARGA, Cássia Regina Rodrigues e SILVA, Roseli Ferreira Da. **Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. suppl 1, p. 1421–1428, Out 2009.
- Garg ML, Thomson ABR, Claudinin MT. **Interactions of saturated, n-6 and n-3 polyunsaturated fatty acids to modulate arachidonic acid metabolism.** J Lipid Res 1990;31:271-7.
- GEURDEN, Bart e colab. **Self-reported body weight and height on admission to hospital: A reliable method in multi-professional evidence-based nutritional care?: Self-reported body weight and height.** International Journal of Nursing Practice, v. 18, n. 5, p. 509–517, Out 2012.
- HURT, Ryan T. e MCCLAVE, Stephen A. **Nutritional Assessment in Primary Care.** Medical Clinics of North America, v. 100, n. 6, p. 1169–1183, Nov 2016.
- KOTLER, Philip e KELLER, Kevin Lane. **Administração de marketing.** São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- Minich DM, Bland JS. **Dietary management of the metabolic syndrome beyond macronutrients.** Nutr Rev. 2008;66(8):429-44.
- Parker CW. **Leukotrienes and Prostaglandins in the Immune System.** Adv Prost Trom Leukot Res 1986;16:113-34
- PATEL, Chirag e colab. **Can Nutritional Assessment Tools Predict Response to Nutritional Therapy?** Current Gastroenterology Reports, v. 18, n. 4, p. 15, Abr 2016.
- PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.** Revista de Saúde Pública, v. 35, n. 1, p. 103–109, Fev 2001.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos e PIRES, Denise Elvira Pires De e JEAN, Rémy. **A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3203–3212, Nov 2013.

SEVERO, Silvani Botlender e SEMINOTTI, Nedio. **Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. suppl 1, p. 1685–1698, Jun 2010.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2005; 84.

THOMPSON, Margaret E. e NOEL, Mary Barth. **Issues in Nutrition: Nutritional Assessment of Adults**. *FP essentials*, v. 452, p. 11–17, Jan 2017.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Absenteísmo 152, 153
Acolhimento 36, 49, 51, 52, 53, 60, 102, 179, 211, 221, 222, 223, 224, 226, 227, 228, 232
Adenocarcinoma 1
Adolescentes 46, 204, 206
Adulto 17, 42
Amazônia 87, 183, 184, 185, 188, 195, 196, 197, 228
Anemia Hemolítica 119, 120, 219
Arterite de Takayasu 215, 216, 219, 220
Assistência à saúde 36, 56, 57, 60, 115
Atenção básica 9, 22, 30, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 43, 44, 45, 49, 50, 51, 52, 56, 60, 63, 64, 76, 95, 96, 99, 100, 105, 107, 110, 111, 113, 117, 153, 156, 157, 160, 161, 166, 167, 169, 170, 177, 221, 222, 223, 224, 228, 241
Atenção primária à saúde 35, 36, 51, 53, 55, 56, 57, 58, 61, 62, 63, 64, 107, 109, 112, 117, 118, 156, 159, 161, 179
Atestado de saúde 152
Atividade física 43, 198, 199, 200, 202, 203, 204, 205, 206
Avaliação nutricional 7, 9, 13, 15

B

Bioética 64, 65, 67, 68, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 183
Blastocystis hominis 229, 230, 239

C

Câncer 1, 2, 6, 36, 42, 43, 50, 52, 55, 70, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 243, 247, 248
Câncer do colo do útero 178, 179, 181, 182
Cardiomiopatia de Takotsubo 79
Círculo de cultura 87, 88, 90, 91, 94, 106
Conhecimento 9, 14, 16, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 29, 31, 32, 33, 34, 48, 53, 69, 73, 75, 90, 99, 101, 103, 107, 108, 111, 114, 120, 123, 124, 129, 130, 131, 135, 139, 142, 143, 157, 158, 167, 169, 172, 173, 174, 176, 181, 209, 243, 248
Consulta de enfermagem 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53
Cuidados paliativos 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 71, 72, 74, 75, 76, 77

D

Direitos da pessoa idosa 127, 131, 135, 140, 141, 143
Disfunção ventricular esquerda 79

E

Educação em fitoterapia 107

Educação em saúde 43, 52, 88, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 105, 107, 109, 112, 113, 116, 186
Entamoeba histolytica 229, 230, 239, 240, 241
Esferocitose hereditária 119, 120, 124, 125
Estudante de enfermagem 178

F

Fisiologia 140, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 263
Fitoterapia 107, 108, 109, 110, 112, 114, 115, 116, 117, 118, 156, 157, 158, 161, 166, 167, 169, 170
Formação profissional em saúde 56, 76

H

Hanseníase 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 47
Hipertensão pulmonar 145, 146, 147, 149, 150, 151
Humanização da assistência 56

I

Índice de massa corporal 17, 232, 235, 236, 241

L

Lúpus eritematoso sistêmico 215, 219, 220

M

Malária 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197
Mama 1, 2, 3, 4, 5, 36, 42, 43, 50, 51, 97
Manipuladores de alimentos 229, 230, 240, 242
Mulher indígena 86, 87, 89

N

Neoplasias pulmonares 1, 2

O

Obesidade 14, 229, 231, 233, 235, 236, 237, 241, 242, 252

P

Plantas medicinais 108, 110, 112, 115, 117, 118, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170
Política nacional de saúde da pessoa idosa 127, 128, 136, 142
Prática clínica 8, 9, 10, 12, 16, 31, 67, 84, 117, 146
Produtividade 152, 153, 154
Promoção de saúde 86, 87, 88, 90

R

Relação médico-pessoa 207

S

Saúde coletiva 8, 9, 18, 19, 20, 34, 52, 54, 76, 98, 106, 117, 143, 170

Saúde da família 9, 10, 18, 19, 20, 30, 33, 34, 37, 38, 40, 46, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 60, 63, 64, 76, 95, 99, 100, 103, 106, 113, 117, 118, 127, 130, 131, 159, 170, 182, 221, 223, 224, 226, 228

Síndrome coronariana aguda 78, 79, 80, 84

Síndrome de Takotsubo 78, 79, 84

Subjetividade da dor 207

T

Terapêutica 55, 57, 61, 72, 75, 108, 109, 124, 156, 169, 215

Tomboembolismo pulmonar 146

U

Usina hidroelétrica 184, 185, 195

V

Violência contra o idoso 132, 134, 135

 **Atena**
Editora

2 0 2 0