

# As Ciências Biológicas e da Saúde na Contemporaneidade

**Nayara Araújo Cardoso  
Renan Rhonalty Rocha  
Maria Vitória Laurindo  
(Organizadores)**

 **Atena**  
Editora

Ano 2019

Nayara Araújo Cardoso  
Renan Rhonaly Rocha  
Maria Vitória Laurindo  
(Organizadores)

# As Ciências Biológicas e da Saúde na Contemporaneidade

Atena Editora  
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Natália Sandrini e Lorena Prestes

Revisão: Os autores

### Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista  
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

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

C569 As ciências biológicas e da saúde na contemporaneidade [recurso eletrônico] / Organizadores Nayara Araújo Cardoso, Renan Rhonalty Rocha, Maria Vitória Laurindo. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (As Ciências Biológicas e da Saúde na Contemporaneidade; v. 1)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.

Modo de acesso: World Wide Web.

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-215-9

DOI 10.22533/at.ed.159192803

1. Ciências biológicas. 2. Biologia – Pesquisa – Brasil. 3. Saúde – Brasil. I. Cardoso, Nayara Araújo. II. Rocha, Renan Rhonalty. III. Laurindo, Maria Vitória. IV. Série.

CDD 574

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

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

2019

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.

## APRESENTAÇÃO

A obra “As Ciências Biológicas e da Saúde na Contemporaneidade” consiste de uma série de livros de publicação da Atena Editora, em seus 35 capítulos do volume I, a qual apresenta estratégias para a promoção da saúde em diferentes âmbitos, assim como o detalhamento de patologias importantes.

A promoção da saúde trata-se de um processo que permite aos indivíduos aumentar o controle sobre os fatores determinantes para sua saúde, a fim de propiciar uma melhoria destes. Este processo inclui ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, e também atividades direcionadas a mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e pública. Dentre as estratégias utilizadas para a promoção da saúde estão inclusas: a promoção da alimentação saudável, o estímulo à realização de atividades físicas, a redução dos fatores de riscos para doenças crônicas por meio de medidas preventivas, entre outros.

As estratégias de promoção à saúde têm como um de seus objetivos gerais a prevenção de doenças crônicas, uma vez que estas são condições que não tem cura, contendo longa duração, progressão lenta e que ocasionam sofrimento e redução da qualidade de vida do paciente e de seus familiares. Dentre as principais doenças crônicas que acometem a população estão as doenças cardiovasculares, como hipertensão e insuficiência cardíaca, diabetes, câncer, doenças renais crônicas e distúrbios psiquiátricos.

Com o intuito de colaborar com os dados já existentes na literatura, este volume I traz atualizações sobre métodos de promoção à saúde, em diferentes instâncias sociais e noções relevantes sobre as principais patologias crônicas, assim esta obra é dedicada tanto à população de forma geral, quanto aos profissionais e estudantes da área da saúde. Desse modo, os artigos apresentados neste volume abordam: fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas; análises epidemiológicas e demográficas em diferentes contextos sociais; aperfeiçoamento de estratégias para alimentação saudável; atualizações sobre diagnóstico e prognóstico de diferentes neoplasias; humanização do atendimento em unidades de saúde e uso de terapias alternativas para o tratamento de doenças crônicas.

Sendo assim, almejamos que este livro possa colaborar com informações relevantes aos estudantes e profissionais de saúde sobre diferentes estratégias para a promoção da saúde, que podem ser usadas para aprimorar a prática profissional, e também para a população de forma geral, apresentando informações atuais sobre prevenção, diagnóstico e terapias de doenças crônicas.

Nayara Araújo Cardoso  
Renan Rhonalty Rocha  
Maria Vitória Laurindo

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA COM AUXÍLIO DE UMA EDUCAÇÃO PERMANENTE	
Bárbara Maria Machado Dallaqua Leandra Caetano do Nascimento Marília Egea Fernando Henrique Apolinário	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1591928031</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>11</b>
A ADESÃO AO EXAME COLPOCITOLÓGICO: UMA REVISÃO LITERÁRIA	
Karoline Dorneles Figueiredo Marinna Sá Barreto Leite de Araújo e Meira Paulo Bernardo Geines de Carvalho Raphaella Mendes Arantes	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1591928032</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>17</b>
COMPREENDENDO A RELAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E OBESIDADE ABDOMINAL DE MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA	
Élica Natália Mendes Albuquerque Karina Pedroza de Oliveira Camila Pinheiro Pereira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1591928033</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>27</b>
MARCADORES DE TRABALHO DE PARTO PREMATURO	
Sílvia de Lucena Silva Araújo Julia Peres Danielski Rossana Pereira da Conceição Frederico Timm Rodrigues de Sousa Felipe de Vargas Zandavalli Guilherme de Lima Matheus Zenere Demenech Marina Possenti Frizzarin Daiane Ferreira Acosta Daniele Ferreira Acosta Celene Maria Longo da Silva	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1591928034</b>	
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>34</b>
PERFIL ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE GESTANTES NO NORDESTE BRASILEIRO	
Maria Dinara de Araújo Nogueira Mariana da Silva Cavalcanti Amanda de Moraes Lima Carine Costa dos Santos Carlíane Vanessa Souza Vasconcelos Ana Angélica Romeiro Cardoso Rafaela Dantas Gomes Juliana Soares Rodrigues Pinheiro Géssica Albuquerque Torres Freitas Maria Raquel da Silva Lima	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1591928035</b>	

<b>CAPÍTULO 6</b> .....	<b>41</b>
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E MOTIVAÇÃO DA ESCOLHA PROFISSIONAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARCEIRAS DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO	
Sílvia Patrícia Ribeiro Vieira Suzane Brust de Jesus Marciana Pereira Praia Clara Fernanda Brust de Jesus	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1591928036</b>	
<b>CAPÍTULO 7</b> .....	<b>55</b>
PRINCIPAIS DEMANDAS DE UM COMITÊ DE ÉTICA DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO PRIVADA	
Luciana de Paula Lima e Schmidt de Andrade Grace Maria Brasil Fontanet	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1591928037</b>	
<b>CAPÍTULO 8</b> .....	<b>62</b>
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA	
Andréia Gonçalves dos Santos Cleidiney Alves e Silva Jéssica de Carvalho Antunes Barreira Jackeline Ribeiro Oliveira Guidoux Thales Resende Damião Gustavo Nader Guidoux	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1591928038</b>	
<b>CAPÍTULO 9</b> .....	<b>75</b>
REFLEXÕES SOBRE O DIREITO UNIVERSAL À ANAMNESE CLÍNICA NA NOVA ERA DA AUTONOMIA DOS PACIENTES	
Antonio Augusto Masson Lívia Conti Sampaio Ana Carolina S. Mendes Cavadas	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1591928039</b>	
<b>CAPÍTULO 10</b> .....	<b>84</b>
REGULAÇÃO DO CÁLCIO E FÓSFORO NA SAÚDE BUCAL	
Camila Teixeira do Nascimento Mariáli Muniz Sassi Mariana Meira França Fabio Alexandre Guimarães Botteon	
<b>DOI 10.22533/at.ed.15919280310</b>	
<b>CAPÍTULO 11</b> .....	<b>91</b>
RELAÇÃO ENTRE ESTRESSE E CONDUTAS DE SAÚDE DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE	
Fabiola Feltrin Luciane Patrícia Andreani Cabral Danielle Bordin Cristina Berger Fadel	
<b>DOI 10.22533/at.ed.15919280311</b>	

<b>CAPÍTULO 12</b> .....	<b>103</b>
RELAÇÕES DE SABER E PODER NA ENFERMAGEM: CONTRIBUIÇÕES DE MICHAEL FOUCAULT Marcelen Palu Longhi DOI 10.22533/at.ed.15919280312	
<b>CAPÍTULO 13</b> .....	<b>119</b>
RISCO EM REPROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE EM UNIDADES BÁSICAS DE SALVADOR, BA Eliana Auxiliadora Magalhães Costa Quézia Nunes Frois dos Santos Isabele dos Santos Dantas DOI 10.22533/at.ed.15919280313	
<b>CAPÍTULO 14</b> .....	<b>130</b>
SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DOS MÉTODOS DA MEDICINA NUCLEAR NA IDENTIFICAÇÃO E DIFERENCIAÇÃO DE GLIOMAS Rayanne Pereira Mendes Emilly Cristina Tavares Katriny Guimarães Couto Laura Divina Souza Soares Nágila Pereira Mendes DOI 10.22533/at.ed.15919280314	
<b>CAPÍTULO 15</b> .....	<b>135</b>
SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO A USUÁRIO COM NEOPLASIA MALIGNA DE OROFARINGE: RELATO DE CASO Janaina Baptista Machado Ingrid Tavares Rangel Patrícia Tuerlinckx Noguez Franciele Budziareck Das Neves Luiz Guilherme Lindemann Aline da Costa Viegas Silvia Francine Sartor Taniely da Costa Bório DOI 10.22533/at.ed.15919280315	
<b>CAPÍTULO 16</b> .....	<b>143</b>
TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA DE RORAIMA Maria Soledade Garcia Benedetti Thiago Martins Rodrigues Roberto Carlos Cruz Carbonell Calvino Camargo DOI 10.22533/at.ed.15919280316	
<b>CAPÍTULO 17</b> .....	<b>152</b>
USO DE FITOTERÁPICOS E PLANTAS MEDICINAIS EM PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE FORTALEZA - CE José Wilson Claudino Da Costa Ana Thaís Alves Lima Beatris Mendes Da Silva Oslen Rodrigues Garcia Ingrid Melo Araújo DOI 10.22533/at.ed.15919280317	

**CAPÍTULO 18 ..... 156**

USO DE LIPOENXERTO EM CICATRIZ EXCISÃO DE SARCOMA EM MEMBRO INFERIOR

Ananda Christiny Silvestre  
Bárbara Oliveira Silva  
Beatriz Aquino Silva  
Citrya Jakelline Alves Sousa  
Débora Goerck  
Marianna Medeiros Barros da Cunha  
Rodrigo Gouvea Rosique  
Tuanny Roberta Beloti

**DOI 10.22533/at.ed.15919280318**

**CAPÍTULO 19 ..... 161**

CONCURSO LANCHES SAUDÁVEIS, DE BAIXO CUSTO E PRÁTICOS PARA CANTINAS DE INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA

Maria Claret Costa Monteiro Hadler  
Ariandeny Silva de Souza Furtado  
Maria Das Graças Freitas de Carvalho

**DOI 10.22533/at.ed.15919280319**

**CAPÍTULO 20 ..... 173**

EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL: DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS PARA OS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS PELOS PRÉ-ESCOLARES DE COMUNIDADES NO INTERIOR DO CEARÁ

Ana Paula Apolinário da Silva  
Luciana Freitas de Oliveira  
João Xavier da Silva Neto  
Ana Paula Moreira Bezerra  
Karina Pedroza de Oliveira  
Maressa Santos Ferreira  
Luiz Francisco Wemmenson Gonçalves Moura  
Eva Gomes Moraes  
Larissa Alves Lopes  
Marina Gabrielle Guimarães de Almeida  
Tiago Deiveson Pereira Lopes  
Camila Pinheiro Pereira

**DOI 10.22533/at.ed.15919280320**

**CAPÍTULO 21 ..... 179**

EFEITO MIDRIÁTICO DA FENILEFRINA A 10%: COMPARAÇÃO ENTRE A AUTOINSTILAÇÃO DE GOTA EM OLHOS ABERTOS E A VAPORIZAÇÃO EM OLHOS FECHADOS

Arlindo José Freire Portes  
Anna Carolina Silva da Fonseca  
Camila Monteiro Ruliere  
Luiz Felipe Lobo Ferreira  
Nicole Martins de Souza

**DOI 10.22533/at.ed.15919280321**

**CAPÍTULO 22 ..... 187**

A MÚSICA NA SALA DE ESPERA COMO ESPAÇO DE ACOLHIMENTO E PROMOÇÃO À SAÚDE

Márcia Caroline dos Santos  
Tatiane Maschetti Silva  
Bárbara Vukomanovic Molck  
Mariah Aguiar Arrigoni  
Guilherme Correa Barbosa  
Cintia Aparecida de Oliveira Nogueira

**DOI 10.22533/at.ed.15919280322**

**CAPÍTULO 23 ..... 194**

A UNIVERSIDADE E SEU PAPEL CONTEMPORÂNEO NO ENVELHECIMENTO: UMA VIVENCIA DE REFLEXOLOGIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Daisy de Araújo Vilela  
Ana Lucia Rezende Souza  
Keila Márcia Ferreira de Macedo  
Marina Prado de Araújo Vilela  
Isadora Prado de Araújo Vilela  
Pedro Vitor Goulart Martins  
Julia Ester Goulart Silvério de Carvalho  
Juliana Alves Ferreira  
Marianne Lucena da Silva

**DOI 10.22533/at.ed.15919280323**

**CAPÍTULO 24 ..... 202**

ADESÃO AO TRATAMENTO COM CPAP/VPAP EM PACIENTES PORTADORES DA SÍNDROME APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

Jasom Pamato  
Kelser de Souza Kock

**DOI 10.22533/at.ed.15919280324**

**CAPÍTULO 25 ..... 214**

AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL E A INTENÇÃO EM REALIZAR CIRURGIAS PLÁSTICAS EM UMA POPULAÇÃO DE UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE

João Vitor Moraes Pithon Napoli  
Vitor Vilano de Salvo  
José Vinicius Silva Martins  
Edgar da Silva Neto  
Gabriel Stecca Canicoba  
Monique pinto saraiva de oliveira  
Lavinia Maria Moraes Pithon Napoli

**DOI 10.22533/at.ed.15919280325**

**CAPÍTULO 26 ..... 225**

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE NA REGIONAL GOIANA DE SAÚDE SUDOESTE I

Ana Cristina de Almeida  
Ana Luiza Caldeira Lopes  
Erica Carolina Weber Dalazen  
Isabella Rodrigues Mendonça  
Fernandes Rodrigues de Souza Filho  
Jair Pereira de Melo Júnior

**DOI 10.22533/at.ed.15919280326**

<b>CAPÍTULO 27</b> .....	<b>232</b>
COMPOSIÇÃO DA REDE SOCIAL DOS ADOLESCENTES QUE FREQUENTAM UMA <i>LAN HOUSE</i>	
Lorrâne Laisla de Oliveira Souza	
Leonardo Nikolas Ribeiro	
Danty Ribeiro Nunes	
Marilene Rivany Nunes	
<b>DOI 10.22533/at.ed.15919280327</b>	
<b>CAPÍTULO 28</b> .....	<b>245</b>
DOENÇA RENAL CRÔNICA E SAÚDE COLETIVA: REVISÃO DE LITERATURA	
Leonardo Ayres Neiva	
Lucas Ramos de Paula	
Rafael Assem Rezende	
Queren Hapuque Barbosa	
Taciane Elisabete Cesca	
Raquel Gomes Parizzotto	
Lorena Oliveira Cristovão	
<b>DOI 10.22533/at.ed.15919280328</b>	
<b>CAPÍTULO 29</b> .....	<b>251</b>
GRUPOS TERAPÊUTICOS COMUNITÁRIOS: UMA PROPOSTA DE EMPODERAMENTO DOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO BÁSICA	
Polyana Luz de Lucena	
Marcela Medeiros de Araujo Luna	
Arethusa Eire Moreira de Farias	
Vilma Felipe Costa de Melo	
<b>DOI 10.22533/at.ed.15919280329</b>	
<b>CAPÍTULO 30</b> .....	<b>256</b>
MAGNITUDE E COMPORTAMENTO DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NO ESTADO DE RORAIMA	
Maria Soledade Garcia Benedetti	
Thiago Martins Rodrigues	
Roberto Carlos Cruz Carbonell	
Calvino Camargo	
<b>DOI 10.22533/at.ed.15919280330</b>	
<b>CAPÍTULO 31</b> .....	<b>264</b>
MITOS E CRENÇAS: UMA AÇÃO POPULAR PARA CUIDAR DA SAÚDE	
Rodrigo Silva Nascimento	
Juliano de Souza Caliarí	
Cássia Lima Costa	
<b>DOI 10.22533/at.ed.15919280331</b>	
<b>CAPÍTULO 32</b> .....	<b>269</b>
MORTALIDADE POR NEOPLASIAS QUE POSSUEM O TABAGISMO COMO FATOR DE RISCO	
Ana Luiza Caldeira Lopes	
Laís Lobo Pereira	
Yasmin Fagundes Magalhães	
Ana Cristina de Almeida	
Anna Gabrielle Diniz da Silva	
Kênia Alves Barcelos	
<b>DOI 10.22533/at.ed.15919280332</b>	

<b>CAPÍTULO 33</b> .....	<b>276</b>
NEUROFIBROMATOSE TIPO 1:CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PRECOCE	
Isabela Souza Guilherme Carolina de Araújo Oliveira Cesar Antônio Franco Marinho Leonardo Martins Silva	
<b>DOI 10.22533/at.ed.15919280333</b>	
<b>CAPÍTULO 34</b> .....	<b>285</b>
OS POTENCIAIS RISCOS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NA MANIPULAÇÃO CERVICAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	
Heldâneo Pablo Ximenes Aragão Paiva Melo Kedmo Tadeu Nunes Lira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.15919280334</b>	
<b>CAPÍTULO 35</b> .....	<b>296</b>
CARACTERIZAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR ATRAVÉS DE QUESTIONÁRIO SIMPLIFICADO E CORRELAÇÃO COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	
Ana Clara Reis Barizon de Lemos Andreia de Lima Maia Erika Cristina de Oliveira Chaves Guilherme Margalho Batista de Almeida Igor Batista Moraes Lucas Borges de Figueiredo Chicre da Costa Yasmine Henriques de Figueiredo Rebecchi	
<b>DOI 10.22533/at.ed.15919280335</b>	
<b>CAPÍTULO 36</b> .....	<b>301</b>
ENFRENTAMENTO DO SURTO DE COQUELUCHE PELA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MIRANGABA-BA	
Jenifen Miranda Vilas Boas	
<b>DOI 10.22533/at.ed.15919280336</b>	
<b>CAPÍTULO 37</b> .....	<b>313</b>
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E MOTIVAÇÃO DA ESCOLHA PROFISSIONAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARCEIRAS DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO	
Sílvia Patrícia Ribeiro Vieira Suzane Brust de Jesus Marciana Pereira Praia Clara Fernanda Brust de Jesus	
<b>DOI 10.22533/at.ed.15919280337</b>	
<b>CAPÍTULO 38</b> .....	<b>327</b>
SABERES POPULARES SOBRE A AUTOMEDICAÇÃO: A UTILIZAÇÃO INDISCRIMINADA DE FITOTERÁPICOS	
Lúcia Aline Moura Reis Anna Carla Delcy da Silva Araújo Maira Cibelle da Silva Peixoto Kariny Veiga dos Santos Hellen Ribeiro da Silva	
<b>DOI 10.22533/at.ed.15919280338</b>	

**CAPÍTULO 39 ..... 337**

EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA GESTANTES, MÃES E CRIANÇAS À LUZ DA VISÃO DOS EXTENSIONISTAS

Eloisa Lorenzo de Azevedo Ghersel

Amanda Azevedo Ghersel

Noeme Coutinho Fernandes

Lorena Azevedo Ghersel

Herbert Ghersel

**DOI 10.22533/at.ed.15919280339**

**SOBRE OS ORGANIZADORES..... 345**

## VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA COM AUXÍLIO DE UMA EDUCAÇÃO PERMANENTE

### **Bárbara Maria Machado Dallaqua**

Bacharelado Em Enfermagem  
Unifai – Centro Universitário De Adamantina  
Adamantina – São Paulo  
Pós-Graduação Em Gestão Em Saúde  
Faculdade Eficaz  
Maringá - Paraná

### **Leandra Caetano do Nascimento**

Cursando Bacharelado Em Enfermagem  
Unifai – Centro Universitário De Adamantina  
Adamantina – São Paulo

### **Marília Egea**

Graduação em Enfermagem e Obstetrícia –  
Faculdade de Medicina de Marília (1990), Docente  
titular do Centro Universitário de Adamantina.  
Supervisora e docente em Estágio em graduação  
e pós-graduação em Enfermagem, Especialista  
em Administração Hospitalar e Serviços de Saúde  
e Enfermagem do Trabalho.

### **Fernando Henrique Apolinário**

Graduação em Enfermagem e Obstetrícia –  
Faculdades Adamantinenses Integradas (2006),  
Doutorando no Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem pela Universidade Estadual  
Paulista Júlio de Mesquita Filho e Mestrado em  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
pela Universidade Estadual Paulista Júlio de  
Mesquita Filho (2013). Diretor Técnico de Saúde  
I do Núcleo de Atenção à Saúde do Centro de  
Progressão Penitenciário de Valparaíso.

**RESUMO:** A humanização no pré-parto e parto atualmente vem causando muitas polêmicas entre os profissionais de saúde e pacientes/clientes. Desde o início dos tempos se impunha a dor do parto ao sexo feminino como punição por um erro cometido. Com estudos científicos aguçados, especialistas encontraram a melhor forma deste tipo de desconforto ser amenizado para as futuras puérperas, ou seria a melhor maneira de controlar seu tempo para um futuro trabalho de parto partindo para escolha da cesariana? Estar acomodados com a facilidade poderá prejudicar em fatores como priorizar o “SER HUMANO” num momento de fragilidade e podendo ser único na vida de uma mulher? O trabalho árduo dos profissionais de saúde, esta modificado no verdadeiro propósito humanitário de uma gestação com induções desnecessárias e muitas vezes sem benefícios? Para analisar a violência obstétrica, e o grande aumento das cesarianas no país e ter o conhecimento de como uma Educação Permanente auxilia para a diminuição destes dados vamos avaliar um pouco mais sobre este assunto ainda muito polemizado no País.

**PALAVRAS-CHAVE:** Parto Humanizado, Trabalho de Parto, Cesárea, Educação Permanente.

**ABSTRACT:** Pre-delivery and childbirth humanization is currently causing much

controversy among health professionals and patients / clients. From the beginning of time, the pain of childbirth was imposed on the female sex as a punishment for an error. With keen scientific studies, have experts found the best way for this type of discomfort to be cushioned for future postpartum women, or would it be the best way to control their time for future labor by going for a cesarean section? Being accommodated with the facility could undermine factors such as prioritizing the “HUMAN BEING” in a moment of fragility and being unique in a woman’s life? Is the hard work of health professionals modified in the true humanitarian purpose of a gestation with unnecessary and often unproductive inductions? In order to analyze the obstetric violence and the great increase of cesarean sections in the country and to have the knowledge of how a Permanent Education helps to reduce these data we will evaluate a little more about this subject still very controversial in the Country.

**KEYWORDS:** Humanized Delivery, Labor Obstetric, Cesarean, Permanent Education.

## **METODOLOGIA**

No intuito de auxiliar no desenvolvimento aparentemente distante de tal situação, foram analisados artigos de probidade científica, bibliográfica, documental, livros, jornais, materiais cartográficos, dissertações, observando a necessidade de uma implantação de gerenciamento através de uma Educação Permanente.

## **1 | INTRODUÇÃO**

A violência no pré-parto e parto em decorrência da falta de gestão na linha de cuidado das equipes de saúde e instituições em Relação a Humanização no contato com puérperas, vem causando muitas mudanças atualmente.

Segundo o Ministério da Saúde, humanizar, qualificar, compartilhar saberes e reconhecer direitos, para ações educativas coloca a continuidade com todos os propósitos para a diminuição de ocorrências na assistência ao puerpério e diminuição de números de cesárias.

## **2 | O PRÉ-NATAL**

A fertilização ocorre na junção do espermatozóide (gameta masculino) com o óvulo (gameta feminino), surgindo desta união uma única célula, o zigoto, que contém informações genéticas provenientes da fecundação, dando primícias à vida humana.

Segundo Klaus & Kennel, 1992: Smith 1999, ocorre mudanças no consciente e inconsciente como sonhos e sintomas, onde conflitos se tornam desenvolvidos na transição feminina.

Acredita-se na visão de Station 1985, que o conceito de nova mãe, tende a relação entre pais e filhos desde a vida uterina e configura a readaptação no relacionamento,

na vida social, no trabalho, uma vez que ocasionará a mudança de papéis, a mulher antes chamada de filha assumirá a responsabilidade sendo então chamada de mãe.

Uma mulher mesmo com a gravidez tão esperada enfrenta muitas mudanças e inseguranças. Ao deparar com o desconhecido inicia-se todo um processo, e os profissionais a quem acompanhará este caminho deve estar preparado para um acolhimento seguro.

Antigamente muitas crenças e mitos populares influenciavam na assistência a mulher. BEZERRA, CARDOSO, 2006, disserta que na antiguidade já associava dor de parto como um castigo imposto a mulher por ter quebrado uma regra e com o sofrimento lembraria em discernir o bem do mal. O parto era executado por mulheres em ambiência familiar, incorporado à dedicação feminina

A violência vivenciada pelas mulheres se expressa em diversos espaços sociais, de formas distintas provoca importante sofrimento psíquico que ainda é pouco valorizado pelos serviços de saúde (Barboza, P.L; Mota, A. 2016).

Segundo o Comitê Latino Americano e do Caribe para a defesa dos Direitos da Mulher 1996, compreende-se a violência contra mulher qualquer ação que possa a vir ocasionar perda, morte, ou consternação tanto física, psicológica ou sexual em ambas as esferas.

Com relação à assistência ou atenção para gestante inclui-se o pré-natal e o parto. No bojo desta discussão, o Ministério da Saúde, cria a Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher que objetiva garantir os direitos de cidadania, sexuais e reprodutivos deste grupo (SOUZA, GAÍVA, MODES, 2011).

Considerado a Saúde da Mulher como prioridade de governo, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” com Princípios e Diretrizes em parceria com diversos setores da sociedade, em especial o movimento das mulheres, o movimento negro, de trabalhadores rurais, sociedades cinéticas, pesquisadores, estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional.

A maioria das pacientes/clientes desconhecem seus direitos instituídos pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569 de 1/06/2000, subsidiadas através de análises de atenção específica as gestantes e aos recém-nascidos, e mãe no período pós-parto que em primazia tem como propósito a diminuição ou erradicação de altos índices de morbimortalidade materna registrada no País, dando total garantia de admissão, cobertura, de ações qualificadas, com os investimentos de redes estaduais na assistência de alto risco bem como maternidade segura.

### **3 | VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

A expressão Violência Obstétrica, foi conhecida no ano de 2007, como um problema social, político e público, através de uma imposição feminista local sendo

reconhecida institucionalmente na Venezuela.

Atualmente há vários tipos de violências obstétricas silenciosas por deficiência de acompanhamento e monitoramento nas ações em saúde. Embora a violência obstétrica já esteja sendo vista há alguns anos, ela ainda se torna desconhecida para muitas mulheres em instituições com uma má gestão.

As mulheres são as protagonistas da gestação ao parto, e a escolha esclarecida tende a ser priorizada.

De acordo com D'Gregório é visto como tratamento desumano os processos induzidos por profissionais de saúde relativos a evolução gestacional e reprodutivos da mulher.

A Defensoria Pública de São Paulo conceitua o fenômeno como “a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, por meio de tratamento desumanizado, abuso de medicalização e transformação dos processos naturais, causando perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos impactando na sexualidade e negativamente na qualidade de vida das mulheres” (BRITO, 2017).

Ainda em D'Gregório a violência obstétrica estaria presente em práticas de proibição relacionados a acompanhantes do ciclo pessoal ou parceiro, na indução de procedimentos sem conhecimento e autorização prévia da puérpera, procedimentos que venham causar dor sem imposição necessária como: enema, tricotomia, prolongação da posição de litotômica, freio nas movimentações, privação da intimidade, exprimir-se de maneira agressiva, rude, sem empatia, ou chiste, isolar mãe e filho após o nascimento sem avaliação justificável. Para conhecer um pouco mais sobre a violência obstétrica avaliaremos algumas delas.

Existem violências toleradas e violências condenadas, pois desde que o homem vive sobre a Terra a violência existe, apresentando-se sob diferentes formas, cada vez mais complexas e ao mesmo tempo mais articuladas (MINAYO, SOUZA, 2003).

#### **4 | A OCITOCINA E A EVOLUÇÃO NO PARTO**

No processo da evolução do parto, a especialista em ginecologia e obstetrícia Murayama, B. Dra. explica que a ocitocina por ser um hormônio natural do organismo produzindo contrações uterinas no trabalho de parto, e a liberação do leite na amamentação, evitando hemorragias, na contração uterina, tornando-se muito útil para salvar vidas, mais como em toda medicação pode ocorrer efeitos adversos se utilizados erroneamente podendo causar a rotura do útero em trabalho de parto, e aumento considerável das dores nas contrações uterinas, normalmente utilizada com supervisão e prescrição médica, e geralmente quando há algum problema na evolução do parto. A necessidade de um esclarecimento sobre todo o processo é necessário e deve ser totalmente esclarecidas pelo obstetra.

BRASIL 2001, relata que certas medicações no trabalho de pré-parto e parto,

retira a personagem principal do ato, colocando o profissional da saúde como sujeito fundamental, apontando a fisionomia patológica e biológica no parto como doença, com intervenções dispensáveis tornando assim um ato de violência obstétrica.

## 5 | VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

Muitas mulheres atendidas nas maternidades brasileiras são desrespeitadas, submetidas a situações humilhantes, “tratadas como adicionais de vulnerabilidade e discriminação (Sena, L.M; Tesse, C.D. 2017).

É importante destacar que as vítimas de violência psicológica, muitas vezes, pensam que o que lhes acontece não é suficientemente grave e importante para decidir-se por atitudes que possam impedir esses atos, incluindo denunciá-los aos órgãos competentes. Algumas vítimas acreditam que não teriam crédito, caso denunciassem seu agressor (CASIQUE, FUREGATO, 2006).

Como vimos em D’Gregório podemos conceituar uma maneira agressiva como sendo através de atos grosseiros e intencionais com humilhação e desestímulo pela situação de fragilidade que ocorre no momento, as equipes com informação e comunicação ineficiente com a parturiente, o descaso da importância daquele momento íntimo e familiar, trazendo através disto a insegurança de estar diante de um procedimento até então desconhecidos para muitas gestantes, que imaginam um momento único se tornando traumático devido a profissionais despreparados.

## 6 | A VIOLÊNCIA FÍSICA

Segundo o Ministério da Saúde a técnica de Kristeller é uma manobra obstétrica executada durante o parto, consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero objetivando auxiliar o nascimento do bebê. A manobra foi idealizada pelo ginecologista alemão Samuel Kristeller (1820-1900), que a descreveu em 1867, que não demonstra eficiência no trabalho de parto demonstrando riscos de morbidade da mãe e feto, sendo assim considerada uma ação desrespeitosa à integridade física e até mesmo psicológica, sendo proibida em alguns lugares do mundo.

Para Reis 2005, a manobra já é reconhecidamente prejudicial à saúde, sendo ineficiente proporcionando dor e trauma profundos nas puérperas.

Após viver um parto traumático, algumas mulheres passam a apresentar no pós-parto recordações aflitivas do parto, por meio de imagens ideias sonhos ou emoções, e desenvolve esquiva de situações, pessoas, lugares e pensamentos que a façam lembrar o parto. Associado a esse quadro, elas também apresentam hiperexcitabilidade e entorpecimento afetivo, caracterizando-se por Transtorno de estresse pós-traumático (Zambaldi, C.F; Cantilino, A; Sougey; E. B 2009).

### 6.1 A episiotomia

É uma incisão cirúrgica feita no períneo na região muscular que fica entre a

vagina e o ânus. Feita durante o parto normal, com a ajuda de uma anestesia local, para facilitar a passagem do bebê. Antigamente esse corte era rotina, pois os médicos afirmam que é mais fácil fechar um corte regular que uma laceração irregular, o que ocorre na passagem natural da cabeça.

Para PREVIATTE; SOUZA, 2007, ao fazer tal incisão poderá ocasionar incontinência urinária e fecal, podendo ocasionar dor na relação sexual, risco de infecção, laceração perineal em outras gestações, sangramento de maior intensidade, estética desagradável, esclarecendo ainda que mesmo tendo as orientações em relação aos dados atribuídos sobre o procedimento de episiotomia, continua empregada desregradamente pelos profissionais de Saúde.

## **6.2 Restrições de posição para o parto**

Já é conhecido que a posição litotômica dificulta a dinâmica do parto normal podendo ocorrer à diminuição da oxigenação do neonato.

Já foram postados vários vídeos onde a humanização nas instituições estão a lidar com a parto de uma maneira segura para as gestantes, pode-se notar a cumplicidade dos profissionais da área da saúde e as técnicas que fora transformadas em um momento mais tranquilo para as gestantes.

Em Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária de 2008, dispõe sobre o Serviço de Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, assegurando as gestantes as escolhas de suas posições, desde que estas estejam avaliadas pelo seu médico Obstetra e não exija obstáculo algum.

## **7 | PROPOSTAS SOBRE INFORMAÇÕES E TRABALHO EM EDUCAÇÃO PERMANENTE**

Em LEMOS, C.L.S.; 2016 foi conhecida pela primeira vez na França em 1995 a expressão Educação Permanente, sendo regularizada em 1996 comprovada pelo Ministério da Saúde dando continuidade no ensino público.

Segundo o Ministério da Saúde a Política de Educação Permanente, é uma proposta ético-político-pedagógica, que tem por objetivo converter e atribuir os recursos esclarecedores às ações de saúde, além de encorajar o método desempenhado nos serviços num aspecto de reunião de gestão pública.

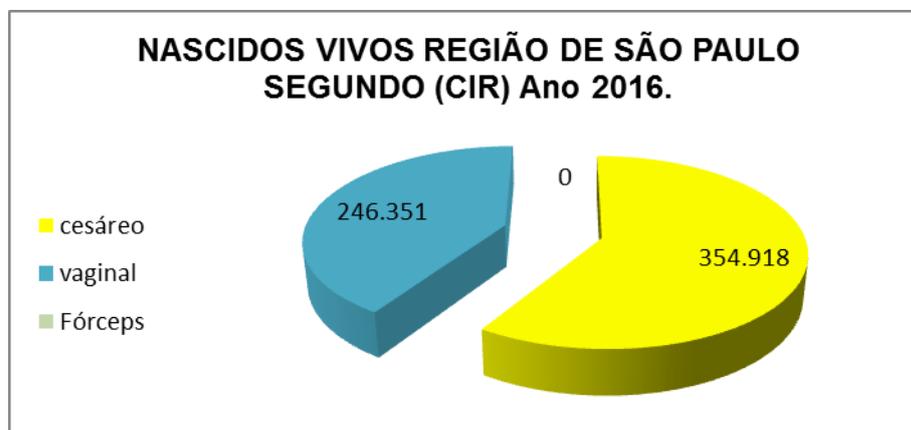
O Ministério da Saúde criou portarias que favorecem a atuação destes profissionais na atenção integral a saúde da mulher, privilegiando o período gravídico puerperal, por entender que estas medidas são fundamentais para a diminuição de intervenções, riscos e favorece a humanização da assistência, tanto em maternidades, centro de partos normais, como em casas de partos (LIMA; A.M, CASTRO, J.F.L. 2017).

A atenção humanizada durante a parturição engloba conhecimentos, práticas e atitudes que têm em vista garantir o parto e nascimento saudáveis, levando em

consideração a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2001).

A necessidade de alterações no atendimento do parto, como experiência humana e, para aquele que presta o atendimento, uma transformação em como agir no momento oportuno diante do sofrimento do outro (DINIZ, 2001).

Pesquisa feita no site do Sinasc no ano de 2016.



O percentual aceito pelo Ministério da Saúde é de 5% a 15% de parto cesariana.

O modelo de Assistência Obstétrica no Brasil é caracterizado por excesso de intervenção do parto, o que tem contribuído para o aumento de taxas de cesárias e a morbimortalidade materna e perinatal (CAPARROZ, 2003).

## CONCLUSÃO

Podemos evidenciar as mudanças físicas, psicológicas e sociais, que se tornam involuntárias na vida de uma mulher desde a fertilização, elas se tornam vulneráveis, e a necessidade de um acolhimento profissional por uma equipe preparada, poderá auxiliar em muitos traumas que ocorrem neste período. Um dos problemas que foram vistos é sobre o parto traumático, evidenciado pelo tratamento relacionado pelo título de Violência Obstétrica.

O pré-natal é considerado como o ápice da formação de um trabalho que não termina após o nascimento do RN. É nele onde os profissionais de saúde podem conscientizar as futuras mães sobre o desconhecido ou o inesperado.

Muitas mulheres desconhecem de seus direitos relacionados a Saúde da Mulher, às vezes por falta de acesso, ou até mesmo por vergonha de necessitar de um programa com pessoas desconhecidas. Cabe ao profissional de saúde valorizar o lado Humanitário desempenhando a Educação Permanente, não esquecendo tudo que aprendeu e sim aumentando seu conhecimento juntamente com as usuárias em questão.

A deficiência de informações e acompanhamento pela equipe pode levar a violências muitas vezes silenciosas relacionadas ao parto. Muitas das gestantes

preferem ficar caladas diante de algum ato considerado de violência obstétrica por medo de represálias futuras, por necessitar do serviço de saúde da localidade, mais a questão é, todos os profissionais atuantes em uma equipe multiprofissional tem a conscientização que são funcionários destas gestantes e a maneira de se lidar com um paciente tendo todos a mesma visão trará benefícios, tem-se a necessidade de aprimorar e conflitar o que já sabemos do que ainda há pra saber. Hoje estamos frente a usuárias conscientes e informadas sobre seus direitos através da mídia, internet, e a reflexão crítica de cada prática profissional está sendo policiada ao direcionamento de abordagem científica e humanizada. As orientações e o ambiente acolhedor, trará a gestante segurança nesta transição, o pré-natal é onde se amadurece o psicológico da mulher. As orientações e informações sobre, os tipos de partos, amamentação, cuidados generalizados em relação: mãe e futuramente ao bebê. Pode-se colocar como uma escola preparatória para mães conscientes para a diminuição da morbimortalidade.

A cesariana é um ponto onde se encontra muita deficiência no Brasil, a falta de informação leva a gestantes desconhecerem os benefícios do parto normal, levando assim a induções desnecessárias e maior tempo de internação, podendo causar infecções ou outras consequências. Um ginecologista preparado conscientiza sua paciente desde o descobrimento da gestação, não levando em consideração o dia melhor para sua carga horária ou consultas, mais colocando sua paciente em primeiro lugar. As orientações bem dadas trarão uma paciente mais tranquila, e o acompanhamento avaliará cada indução, e através de confiança e troca de saberes relacionados a Educação Permanente moldará um início de uma escalada que ainda está distante ao nosso País. Sair da zona de conforto ainda não é muito aceito pelos profissionais de saúde por debater algo que lhe foi conceituado.

A Educação Permanente em Saúde deve ter seu entendimento de prática de ensino em aprendizagem e política de educação em saúde, se apoiando no intelecto de ensino contextualizador, embasado na elaboração dos conhecimentos e através de experiências do profissional e usuárias.

Isto não significa que tudo que se aprendeu no decorrer do tempo será apagado e sim, terá um estágio de crescimento com mistura de saberes entre gestores, profissionais de saúde e usuários, comprometidos com um só propósito, para ser respeitado. O propósito da assistência entre a mulher e o RN, colocando a educação permanente como um auxílio para a conscientização coletiva.

## REFERÊNCIAS

Andrade, B.P; Aggio, C.M: **Violência Obstétrica: a dor que cala**. Disponível em <https://scielo.br/>. Acesso em 23/abr/2017.

Bezerra, M.G.A; Cardoso, M.V.L.M.L; **Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e partos**. Ver. Latino-am Enfermagem. V. 14, n. 3, p. 14-21, 2006. Disponível em <http://scielo.br/>. Acesso em 25/05/2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/Ministério da Saúde.** Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

Brito, A; **Violência obstétrica: o que é isso?** Disponível em <http://annelbrito.jusbrasil.com.br/>. Acesso em 09/mar/2017.

Caparroz, S.C: **O resgate do parto normal: contribuições de uma tecnologia apropriada.** Joinville (SC): Univille, 2003. Disponível em <https://scielo.br/>. Acesso em 16/abr/2017.

Casique, C.L; Furegato, A.R.F.; **Violência Contra Mulheres: Reflexões Teóricas.** Disponível em <http://scielo.br/>. Acesso em 17/abr/2017.

**COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER.** Instituto para Promoção da Equidade, Assessoria, Pesquisa e Estudos. Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, Convenção Belém do Pará. São Paulo:KMG, 1996.

D'Gregorio R.P: **Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela.** Int Gynaecol Obstet, 2010; 111 (3): 201-2.

Diniz, C.S.G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto.** [Tese] (doutorado). Faculdade de Medicina/USP. São Paulo, 2001.

Gadotti, M. **Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito.** 8ª ed. São Paulo: Cortez; 1988

Klaus, M. & Kennel, J. (1992). **Pais/bebê: a formação do apego.** Porto Alegre: Artes Médicas.

Lemos, C.L.S; **Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?** Disponível em <https://scielo.br/>. Acesso em 03/abr/2017.

Lima, A.M; Castro, J.F.L.: **Educação permanente em saúde: uma estratégia para a melhoria das práticas obstétricas.** Disponível em <http://www.enfo.com.br/>. Acesso em 17/jun/2017.

Minayo, S.M.C; Souza, R.E.; organizadoras. **Violência sob o olhar da saúde.** Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003.

Ministério da Saúde: **Datasus.** Disponível em <http://www.datasus.gov.br/>. Acesso em 23/abr/2017.

Ministério da Saúde (Br). Portaria n.198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providencias.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

Murayama, B.Drª: **Entenda como a ocitocina sintética é usada no parto normal.** Disponível em <http://minhvida.com.br/>. Acesso em 09/mar/2017.

Piccini, C.A; Gomes, A.G; Nardi, T; Lopes, R.S: **Gestação e a Constituição da Maternidade.** Disponível em <http://scileo.br/>. Acesso em 18/09/2017.

Previatti, J.F; Souza, K.V: **Episiotomia: em foco a visão das mulheres.** Ver. Bras. Enferm, Brasília. V. 60, n.2, p. 197 – 201, mar./abr. 2007

Reis, L.G.C; PEPE, V.L.E; CAETANO, R; **Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito.** Physis Revista Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [3]: 1139-1159,2011. Disponível

em <https://pt.wikipedia.org/>. Acesso em 09/mar/2017.

Sena, L.M; Tesser, C.D: **Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências**. Disponível em <https://scielo.br/>. Acesso em 09/mar/2017.

Smith, J. (1999). **Identity development during the transition to motherhood: Na interpretative phenomenological analysis**. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 17 281-299.

Souza, T.G; Gaíva, M.A.M; Modes, P.S.S.A. **A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto**. Ver. Gaúcha Enferm. V. 32, n.3p.479-86, Porto Alegre, 2011. Disponível em <https://seer.ufrgs.br/>. Acesso em 20/mar/2014.

Station, M.C. (1985). **The fetus: A growing member of the family**. Family Relations, 34, 321-326.

Zambaldi, C.F; Cantilino, A; Sougey, E.B: **Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão de literatura**. Disponível em <https://scielo.br/>. Acesso em 16/out/2017.

## A ADESÃO AO EXAME COLPOCITOLÓGICO: UMA REVISÃO LITERÁRIA

### **Karoline Dorneles Figueiredo**

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio  
Carlos – IMEPAC  
Araguari – Minas Gerais

### **Marinna Sá Barreto Leite de Araújo e Meira**

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio  
Carlos – IMEPAC  
Araguari – Minas Gerais

### **Paulo Bernardo Geines de Carvalho**

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio  
Carlos – IMEPAC  
Araguari – Minas Gerais

### **Raphaela Mendes Arantes**

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio  
Carlos – IMEPAC  
Araguari – Minas Gerais

**RESUMO:** O presente estudo tem o intuito de avaliar a adesão por parte das mulheres ao Exame Colpocitopatológico, uma vez que, o Câncer de Colo de Útero é facilmente rastreado pelo Papanicolau e mesmo assim ainda existe uma alta prevalência na incidência dessa patologia. Mesmo fornecido gratuitamente, muitas vezes a sua realização do exame encontra-se dificultada pela resistência da população na sua adesão.

**PALAVRAS-CHAVE:** adesão – exame colpocitopatológico – câncer colo de útero.

**ABSTRACT:** The present study aims to evaluate women's adherence to the Colposcopy, since cervical cancer is easily tracked by the Pap smear and yet there is still a high prevalence in the incidence of this pathology. Even provided free of charge, many times its achievement of the exam is hampered by the resistance of the population in its adhesion.

**KEYWORDS:** adhesion - colpocitopathological examination - cervix cancer.

### 1 | INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero ainda representa um grave problema de saúde pública, especialmente para os países em desenvolvimento que abrigam cerca de 80% dos casos e mortes decorrentes desta neoplasia. Os programas de rastreamento ou screening sistemático da população feminina por meio do exame citológico do colo do útero, também conhecido como exame de Papanicolau, têm sido uma das estratégias públicas mais efetivas, seguras e de baixo custo para detecção precoce desse câncer. Estudos indicam que mulheres que não realizam ou nunca realizaram esse exame desenvolvem a doença com maior frequência e que, em diferentes países, tem havido redução nas taxas de incidência e mortalidade por essa neoplasia após a introdução de programas de

rastreamento (Albuquerque KM et al, 2009).

Diversos são os fatores associados ao desenvolvimento da doença, como início precoce da atividade sexual, história de múltiplos parceiros sexuais, nível socioeconômico baixo, história de ter tido parceiro com infecções genitais ou câncer no pênis, passado de câncer de vulva ou vagina, ser fumante, estar imunodeprimida. O Ministério da Saúde preconiza a realização do Papanicolau em mulheres que já iniciaram a atividade sexual, principalmente aquelas na faixa etária de 25 a 59 anos. São recomendados dois exames, a serem realizados em anos consecutivos, e caso ambos apresentem resultados negativos, o procedimento deverá ser repetido a cada três anos. (Ministério da Saúde)

Impulsionado pelo Programa Viva Mulher, criado em 1996, o controle do câncer do colo do útero foi reafirmado como prioridade no plano de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, lançado pela presidente da República, em 2011. Segundo os autores “A implantação do Programa de Saúde da Família em 1994, renomeado Estratégia Saúde da Família (ESF) desde 1996, foi o principal mecanismo para a ampliação da oferta do Papanicolau em todo o território nacional.” (ANDRADE, et al; 2014)

O exame colpocitológico é um estudo das células descamadas no conteúdo vaginal, essas são removidas mecanicamente com auxílio de uma espátula ou escova, para definir o grau de atividade biológica das mesmas. A coleta do material ectocervical é efetuada com a espátula de Ayre e o endocervical com uma escova própria para esse procedimento. O material coletado é espalhado de maneira uniforme sobre uma lâmina de microscopia, previamente identificada, e imediatamente fixado, para evitar a dessecação e deformação das células. O fixador citopatológico utilizado pode ser líquido, como álcool etílico 70 a 90%, ou aerossol contendo álcool isopropílico e polietileno glicol. Após a fixação do material é realizada a coloração citopatológica pela técnica de Papanicolau (Oliveira WMA et al, 2012).

Devido o exame colpocitológico ter certo grau de desconforto e ser invasivo as mulheres relatam alguns sentimentos em relação a realização do exame. Obtivemos as seguintes respostas: nervosismo, tensão, medo, dor, apreensão, e apenas uma pequena quantidade relatou se sentir à vontade. (Oliveira WMA et al, 2012)

Sabendo então que o exame de papanicolau foi desenvolvido como forma preventiva, de diagnóstico e de tratamento das possíveis alterações cervicais. O principal objetivo do exame é o tratamento da infecção pelo HPV, a remoção das lesões condilomatosas, que leva a cura das pacientes na maioria dos casos. Se não houver tratamento, as lesões condilomatosas podem desaparecer, permanecerem inalteradas ou aumentarem em tamanho ou número. (Moura ADA et al, 2010)

Quando indagadas sobre o motivo pelo qual procuraram fazer o exame de papanicolau, o que mais se sobressaiu, foram as queixas ginecológicas (corrimento vaginal, dor no baixo ventre, assaduras e prurido); Uma minoria declararam tratar-se da procura de um exame de rotina. A maioria das entrevistadas relatou procurar

o serviço por estar sentindo algum incômodo, especialmente dor. Isso mostra que o serviço de prevenção não está sendo compreendido pelas mulheres que o procuram. (Moura ADA et al, 2010)

Ressalta-se também, a importância da Educação em Saúde como meio de controle do câncer ginecológico. A própria legislação enfatiza o papel do profissional de saúde nesse contexto. Portanto, é necessário atuar em ações educativas, conscientizando as mulheres quanto à importância do exame, e fornecendo outras informações. (Moura ADA et al, 2010)

Apesar de todas as campanhas de incentivo a realização do exame colpocitológico e do mesmo ser oferecido gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde, a adesão ainda não atinge as metas em muitas UBSF's de todo o Brasil. Baseado nisso, o presente estudo visa realizar uma revisão na literatura, com estudos que apresentem os motivos da não adesão ao exame.

## 2 | MÉTODOS

O presente estudo é uma revisão sistemática da literatura. Foram utilizados diversos tipos de metodologias, a fim de contribuir para a apresentação de uma variedade de perspectivas – revisão de teorias ou evidências, definição de conceitos, análise de metodologias – sobre determinado objeto, procurando interligar elementos isolados de estudos já existentes.

O estudo incluiu todos os artigos sobre a adesão ao exame colpocitológico em mulheres de 25 a 59 anos, indexados nas bases de dados. Para o refinamento da revisão, foi definida uma amostra, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão:

- Artigos em português, inglês com resumos disponíveis;
- Artigos com mulheres de 25 a 59 anos;
- Artigos em que estivesse explícito no corpo do texto sobre a adesão ao exame colpocitológico;

O critério de exclusão estabelecido foi:

- Artigos caracterizados por revisões de literatura ou estudos de casos.

Foi realizada uma busca nas bases de dados e encontrados 30 artigos. Após a leitura inicial, foram descartados 12 artigos com base nos critérios: 1) 5 artigos eram referentes à mulheres menores de 25 anos; 2) 3 artigos não apresentavam dados originais; 3) 4 artigos eram estudos de caso. A leitura dos 18 restantes permitiu a seleção de 5 artigos e a exclusão dos outros 13, uma vez que: 1) foram utilizados sujeitos maiores que 59 anos; 2) em quatro deles não foi informado a faixa etária dos participantes; 3) era uma revisão de literatura.

Foi realizada uma busca a partir das referências bibliográficas dos artigos selecionados, visando encontrar artigos, mas após a verificação não foram acrescentados nenhum artigo na amostra.

### 3 | RESULTADOS

Dentre os três artigos pesquisados, dois (66,6%) se caracterizam como estudos transversais e um (33,3%) como estudo descritivo com abordagem quantitativa.

Em relação ao período de publicação, os artigos foram publicados entre os anos de 2004 e 2013.

Entres as participantes dos estudos observou-se que 67% das mulheres estavam em idade reprodutiva. A maioria das participantes vivia com o companheiro (69,2%) e tinha três ou mais filhos (45%). A raça autorreferida predominante foi branca (63,3%); aproximadamente 50% era do lar; 73,9% cursaram apenas o ensino fundamental. Todas as participantes envolvidas nos estudos em questão eram cadastradas e residiam nas áreas abrangentes das UBSF's estudadas.

Os motivos mais citados são o impedimento do parceiro (0,3%), não ter com quem deixar os filhos (7%), problemas para marcar atendimento em um horário acessível (2%), acesso a unidade de saúde (4%), dificuldade para marcar o exame (32,3%), falta de acolhimento pelos profissionais de saúde (5%), ausência dos profissionais (4%), longo tempo de espera para ser atendida (11%), falta de tempo (15,4%), vergonha (11%), não ter queixas ginecológicas (8%).

### 4 | DISCUSSÃO

Apesar dos crescentes esforços no sentido de maximizar a eficiência dos programas de prevenção do câncer cervical, aumentando o número de coletas de material cérvico-vaginal, a permanência de taxas de incidência e mortalidade relativamente altas por esta doença nos revela que tais medidas não se mostraram eficientes para a efetividade dos programas. O que pode ser explicado por diversos motivos como, por exemplo, pela dificuldade em acessar os serviços de saúde, pela demanda reprimida, pela falta de oportunidade que a mulher tem para falar sobre si e sua sexualidade e pelo desconhecimento sobre o câncer ginecológico.

Têm-se identificado e descrito na literatura epidemiológica alguns caminhos em direção à realização do teste de Papanicolau: por demanda espontânea ou feita quando na presença de queixas ginecológicas; como parte de outro procedimento ginecológico ou obstétrico ou por recomendação médica, ou como resultado de um programa organizado de rastreamento.

Segundo o resultado dos trabalhos pesquisados foi identificado vários fatores que dificultam a adesão das mulheres à realização do exame papanicolau. Entretanto, podemos constatar que o nível de conhecimento das mulheres foi bom, e observamos ainda que ele está altamente relacionado a escolaridade e classe social das pacientes.

A vergonha torna-se uma barreira essencial para realização do exame e pode causar até descontinuidade da assistência. A exposição do corpo durante o

procedimento do papanicolau é algo intenso para mulher, pois a coloca em situação de vulnerabilidade, na qual é exposta ao toque, manipulação e julgamento do seu corpo por outra pessoa. O ato de ficar nu remete a um processo de fragilidade do ser humano que fica inerte à ação do outro, além da impotência, desproteção e perda do domínio do corpo que a posição ginecológica proporciona.

Quanto à organização dos serviços de saúde as mulheres referiram ser uma barreira para a realização da coleta do papanicolau, não sendo adequados à rotina da mulher atuante no mercado de trabalho que se torna dependente da liberação do trabalho ou posterga o cuidado consigo mesma para eventuais dias de folga e/ou férias.

## 5 | CONCLUSÃO

Embora o rastreamento do câncer de colo de útero seja fundamental para intervenção a tempo oportuno, significativa parcela das mulheres ainda não adere ao exame por mitos e tabus, crenças e atitudes em saúde, bem como organização do serviço.

É importante que as mulheres sejam alertadas e orientadas sobre o exame Papanicolau periodicamente e entendam a necessidade de realizá-lo como método de prevenção e rastreamento, porém algumas só o fazem quando apresentam alguma sintomatologia ginecológica. Necessita-se, então, que existam medidas que atraiam estas mulheres a utilizar o serviço de prevenção como forma de evitar processos infecciosos e o câncer do colo do útero.

É preciso ressaltar que para se ter êxito nas práticas de saúde é necessário que os profissionais se insiram no contexto da população, pois ao conhecer melhor a realidade social, torna-se mais fácil planejar ações educativas direcionadas às práticas preventivas, e até desenvolver uma educação de mão dupla, onde a população, ajudada pelo profissional, dita a forma de como desejar diminuir os seus riscos.

A expectativa é reduzir o sentimento de vergonha, desconforto e nervosismo apresentado pelas mulheres bem como conscientizar a população da importância da realização do exame para assim ampliarmos a cobertura.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, KM et al. **Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S301-S309, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/12.pdf>. Acesso em: 05/10/2015

ANDRADE MS et al, **Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010,** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 23(1):111-120, jan-mar 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00111.pdf>. Acesso em: 05/10/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). **Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205> Acesso em: 14/11/2014.

GREENWOOD Machado MFAS; Sampaio NMV. **Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolau**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a06.pdf> Acesso em: 15/05/2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Atlas da Mortalidade**. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>. Acesso em: 14/11/2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2014. Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

OLIVEIRA, WMA et al. **Adesão de mulheres de 18 a 50 anos ao exame colpocitológico na estratégia saúde da família**. Rev. Enf. Ref. vol.serIII no.7 Coimbra jul. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-2832012000200002&script=sci\\_arttext&lng=es](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-2832012000200002&script=sci_arttext&lng=es). Acesso em: 05/10/2015.

OLIVEIRA, WMA et al. **Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de papanicolau: subsídios para a prática de enfermagem**. Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 94-104, jan./mar.2010. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream> Acesso em: 05/11/2015.

Oliveira AF et al, **Estudo sobre a adesão ao exame citopatológico de papanicolau em um grupo de mulheres**, Rev Pesq Saúde,11(1): 32-37, jan-abr, 2010. Disponível em: [http://www.huufma.br/site/estaticas/revista\\_hu/pdf/Revista](http://www.huufma.br/site/estaticas/revista_hu/pdf/Revista). Acesso em: 05/10/2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Agency for Research on Cancer**. Globocan 2012. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/>. Acesso em: 19/05/2014.

## COMPREENDENDO A RELAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E OBESIDADE ABDOMINAL DE MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA

### **Élica Natália Mendes Albuquerque**

Graduanda pelo Centro Universitário Unifanorlwyden. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Nutrição. Fortaleza, Ceará, Brasil.

### **Karina Pedroza de Oliveira**

Nutricionista, Universidade Estadual do Ceará, Mestrado Profissional de Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza- CE

### **Camila Pinheiro Pereira**

Nutricionista, Mestre em Nutrição e Saúde, Docente do Centro Universitário Unifanorlwyden. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Nutrição. Fortaleza, Ceará, Brasil.

**RESUMO:** Climatério é o período em que ocorre a transição da fase reprodutiva para o não reprodutivo. Esse processo ocorre sincronicamente ao declínio gradual da função ovariana. Ele inicia-se por volta dos 45 anos e pode se estender até os 65 anos. Após a menopausa, o surgimento de doenças cardiovasculares aumenta consideravelmente. Esse estudo pretende investigar a relação entre a pós-menopausa com o desenvolvimento de quadro de hipertensão e obesidade abdominal em mulheres, por meio de uma pesquisa bibliográfica. recomenda-se que mulheres nessa fase na vida sejam melhor atendidas ao que diz respeito ao climatério, em uma perspectiva interdisciplinar, compreendendo que há diversos

fatores de risco para a hipertensão. Contudo, esse é um desafio que pode ser vencido através de estratégias de saúde, incluindo a educação nutricional e a educação em saúde em geral.

**PALAVRAS-CHAVE:** Climatério. Hipertensão. Obesidade abdominal.

### 1 | INTRODUÇÃO

Climatério é o período em que ocorre a transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva, caracterizado por um processo que ocorre sincronicamente ao declínio gradual da função ovariana. Ele inicia-se por volta dos 45 anos e pode se estender até os 65 anos. Além disso, também está associado com alterações que afetam o bem-estar físico, social, espiritual e emocional das mulheres, trazendo desconfortos em maior ou menor grau. Esse processo pode sofrer influência de fatores, tais como história de vida pessoal e familiar, ambiente, cultura, aos costumes, ao psiquismo, dentre outros (GALVÃO, 2007).

Para Polisseni et al. (2009), o climatério deve ser considerado um problema de saúde pública, visando as repercussões sociais que são produzidos através dele. Nessa fase há um esgotamento dos folículos ovarianos e, conseqüentemente, a queda progressiva dos níveis de estrogênio, resultando na interrupção

definitiva dos ciclos menstruais (POLISSENI et al. 2009).

Esse período ainda pode ser dividido em duas etapas, em que a pré-menopausa é o início da transição menopausal, sendo essa fase uma condição clínica caracterizada por amenorreia com 3 meses de duração, ao passo que, a perimenopausa caracteriza-se por amenorreia com 3 a 11 meses de duração (SILVEIRA et al. 2007).

Com a diminuição dos níveis de estrógeno, surgem sintomas característicos do climatério, como a atrofia vaginal, disfunção sexual, problemas urinários, aumento de risco de osteoporose e, sabendo que o estrógeno além de participar da ovulação, concepção e gestação, ele é também responsável pela regulação dos níveis de colesterol, aumentando assim o risco de mulheres climatéricas desenvolverem doenças cardiovasculares (POLISSENI et al., 2009).

O hipoestrogenismo presente em mulheres pós-menopausadas, segundo Lorenzi et al. (2005), implica em uma modificação na distribuição de gordura corporal, sendo notória a tendência de acúmulo de gordura abdominal nas mulheres nessa fase da vida. Essa modificação se dá principalmente porque durante o período fértil da mulher o estrógeno estimula a atividade da lipase lipoproteica, causando lipólise abdominal e acúmulo de gordura com padrão de distribuição ginecóide. Com a menopausa, a diminuição da lipólise abdominal permite maior acúmulo de gordura abdominal.

Segundo Lorenzi et al. (2005), o excesso de peso é particularmente mais prevalente no sexo feminino. Os autores afirmam que 30% das mulheres ocidentais adultas, que estão prevalentemente na fase do climatério são obesas. Os autores ressaltam que, mulheres com sobrepeso ou obesidade quando comparadas às que estão dentro da faixa de eutrofia, apresentam diferenças significativas no que diz respeito aos fatores de risco para Doenças Crônicas Vasculares (DCV), como maiores níveis séricos de glicose e de triglicerídeos, menores de HDL-colesterol e maior pressão arterial.

Lorenzi et al. (2005) afirmam que após os 50 anos a mulher apresenta tendência evidente ao ganho de peso, que pode ser causado também, além do hipoestrogenismo, por redução da necessidade energética de repouso e mudanças desfavoráveis no estilo de vida relacionado à qualidade da dieta e também ao sedentarismo. Além disso, o índice de massa corporal (IMC) feminino parece atingir os seus maiores valores entre os 50 e 59 anos.

Indivíduos com sobrepeso segundo têm maiores riscos de desenvolver doenças DCV e hipertensão arterial (HA), considerando que a obesidade tem sido atribuída à hiperinsulinemia, que por sua vez promove a ativação do sistema nervoso simpático e a reabsorção tubular de sódio, o que contribui para o aumento da resistência vascular periférica e a pressão arterial (PA) (CARNEIRO et al., 2003). É de extrema importância ressaltar que independente da causa da obesidade, existe forte relação da mesma com as DCVs, que atualmente no Brasil são a principal causa de morte hospitalar e de internação de mulheres pós-menopausadas.

Dessa forma, este estudo pretende investigar a relação entre a pós-menopausa com o quadro de hipertensão e obesidade abdominal, por meio de uma pesquisa

bibliográfica, visando fornecer à literatura dados relevantes que possam favorecer a promoção de estratégias que visem mudanças no estilo de vida, capazes de retrogradar esta realidade.

## **2 | A PRODUÇÃO DOS HORMÔNIOS SEXUAIS NA PUBERDADE**

O aumento dos níveis hormonais sexuais, segundo Mascarenhas et al. (2003), é responsável pelo que conhecemos por puberdade, que se caracteriza pelo surgimento de mudanças físicas e comportamentais.

As modificações pubertárias são observadas em praticamente todo o corpo, porém há componentes nessas mudanças que se sobressaem e que validam esse processo. Moreira (2011) observa dentre elas o estirão puberal, modificações na quantidade e distribuição de gordura, desenvolvimento do aparelho reprodutor.

Essas mudanças ocorrem principalmente devido a estimulação dos neurônios hipotalâmicos, que secretam o hormônio liberador de gonadotrofinas, cuja secreção resulta na liberação pulsátil dos hormônios luteinizante (LH) e folículo-estimulante (FSH) pela glândula hipófise, fazendo com que ocorra o desenvolvimento dessas características sexuais secundárias, marcando o início da vida reprodutiva (EISENSTEIN; COELHO, 2008).

A puberdade feminina inicia-se geralmente entre 10 e 11 anos, onde ocorre o surgimento de brotos mamários, e sincronicamente, o crescimento dos pelos púbicos, que, respectivamente, vão aumentando em tamanho e quantidade de acordo com a aceleração do crescimento (FERRIANI; SANTOS, 2001).

A fase da desaceleração do crescimento, já no fim do estirão, marca o fim da puberdade que ocorre na faixa de 12-13 anos. segundo Marcondes (1970), essa idade pode variar de acordo com a herança genética e modificações causadas pelo ambiente. Seguindo-se por fim o primeiro fluxo menstrual, recebendo o nome de menarca. Marshall e Tanner (1969) relatam que 95% das meninas apresentam a menarca entre 11 e 15 anos de idade cronológica. Entretanto, a menarca é apenas um único evento resultante da combinação de alterações físicas que constituem a puberdade.

## **3 | CICLO MENSTRUAL**

O ciclo menstrual é um fenômeno biológico que ocorre em mulheres saudáveis, na qual a característica notável é o fluxo sanguíneo vaginal (TEIXEIRA et al., 2012). Segundo Santos e Pillon (2009), esse ciclo é controlado pela presença dos hormônios sexuais, que por sua vez são responsáveis pela ovulação contínua até a menopausa, tendo o ciclo uma duração geralmente de 28 dias.

A hipófise produz o FSH, que estimula as células foliculares, responsáveis pela produção do estrógeno. Ao atingir determinados valores, Bouzas et al. (2010)

salientam que o hipotálamo começa a secretar o LH. Nas células epiteliais, que revestem a superfície do ovário são formados os folículos ovarianos, onde apenas um se desenvolve completamente, o chamado folículo dominante, e é esse que durante o pico de LH vai romper e liberar o óvulo. Segundo Teixeira et al. (2012), o folículo ovariano transforma-se no corpo lúteo, que é responsável pela produção de progesterona.

Esse processo prepara o útero para uma possível gestação e, quando a fecundação do óvulo não acontece, a produção hormonal diminui e, como consequência, ocorre a depleção do nível de estrógeno e progesterona, havendo uma descamação do endométrio e, por fim, o sangramento vaginal (BOUZAS et al., 2010).

#### 4 | CLIMATÉRIO E SUAS FASES

O climatério, segundo Santos et al. (2007), é a fase da vida da mulher que indica o fim da vida reprodutiva. Para Polisseni et al. (2009), o climatério deve ser considerado um problema de saúde pública, visando as repercussões sociais que são produzidos através dele.

Segundo Santos et al. (2007), há cerca de 24 milhões de mulheres com mais de 40 anos, de acordo com o censo realizado em 2000. Essa fase é caracterizada pela deficiência estrogênica.

Silveira et al. (2007) descrevem que o climatério é o período de transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva da vida da mulher. O autor ainda salienta que nessa fase há um esgotamento dos folículos ovarianos e, conseqüentemente, a queda progressiva dos níveis de estrogênio, resultando na interrupção definitiva dos ciclos menstruais (POLISSENI et al., 2009).

Esse período ainda pode ser dividido em duas etapas, onde a pré-menopausa é o início da transição menopausal, caracterizada por uma condição clínica que se caracteriza por amenorreia com 3 meses de duração, ao passo que, a perimenopausa caracteriza-se por amenorreia com 3 a 11 meses de duração (SANTOS et al., 2007).

Com a diminuição dos níveis de estrógeno, surgem sintomas característicos do climatério, como a atrofia vaginal, disfunção sexual, problemas urinários, aumento de risco de osteoporose e, sabendo que o estrógeno além de participar da ovulação, concepção e gestação, ele é também responsável pela regulação dos níveis de colesterol, aumentando assim o risco de mulheres climatéricas desenvolverem doenças cardiovasculares (POLISSENI et al., 2009).

O período do climatério é acompanhado por uma mudança no metabolismo causado pela redução da lipase lipoproteica, que é responsável juntamente com o estrogênio, por ajustar o acúmulo de gordura e sua distribuição nos tecidos (GRAVENA, 2013).

## 5 | OBESIDADE NA PERIMENOPAUSA

Segundo Lorenzi et al. (2005), o excesso de peso é particularmente mais prevalente no sexo feminino. Os autores afirmam que 30% das mulheres ocidentais adultas, prevalentemente na fase do climatério, são obesas. A literatura ressalta que, mulheres com sobrepeso ou obesidade, quando comparadas às que estão dentro da faixa de eutrofia, apresentam diferenças significativas no que diz respeito aos fatores de risco para Doenças Crônicas Vasculares (DCV), como maiores níveis séricos de glicose e de triglicerídeos, menores de HDL-colesterol e maior pressão arterial.

O hipoestrogenismo presente em mulheres pós-menopausadas, implica uma modificação na distribuição de gordura corporal, sendo notória a tendência de acúmulo de gordura abdominal nas mulheres nessa fase da vida. Essa modificação se dá principalmente porque durante o período fértil da mulher, o estrógeno estimula a atividade da lipase lipoproteica, causando lipólise abdominal e acúmulo de gordura com padrão de distribuição ginecóide. Com a menopausa, a diminuição da lipólise abdominal permite maior acúmulo de gordura abdominal (LORENZI et al., 2005).

A literatura afirma que após os 50 anos a mulher apresenta tendência evidente ao ganho de peso, que pode ser causado pelo hipoestrogenismo, além da redução da necessidade energética de repouso, mudanças desfavoráveis no estilo de vida, relacionadas à qualidade da dieta e também ao sedentarismo. Segundo Lorenzi et al. (2005), o índice de massa corporal (IMC) feminino parece atingir os seus maiores valores entre os 50 e 59 anos.

Holanda *et al.* (2010) afirmam que a obesidade é uma doença crônica que é fator de risco para outras doenças, além do padrão de distribuição de gordura estar relacionado a algumas complicações, esclarecendo que a distribuição central de adiposidade está fortemente relacionada à distúrbios metabólicos e ao risco cardiovascular. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade atinge mais de 300 milhões de adultos em todo o planeta (LORENZI et al., 2005).

Indivíduos com sobrepeso têm maiores chances de desenvolver DCV e hipertensão arterial (HA), considerando que a obesidade tem sido atribuída à hiperinsulinemia, que por sua vez promove a ativação do sistema nervoso simpático e a reabsorção tubular de sódio, o que contribui para o aumento da resistência vascular periférica e a pressão arterial (PA). É de extrema importância ressaltar que independente da causa da obesidade, existe forte relação da mesma com as DCV, que por sua vez são no Brasil uma das principais causas de morte hospitalar e de internação de mulheres pós-menopausadas (CARNEIRO et al., 2003).

## 6 | HIPERTENSÃO ARTERIAL EM MULHERES PÓS-MENOPAUSADAS

Segundo Péres, Magna e Viana (2003), as doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas HA, vem apresentando nas últimas décadas um aumento considerável, além de ser responsável por um grande número de mortes no Brasil. Os autores

descrevem que quando não tratada corretamente, a HA pode trazer consequências graves para alguns órgãos alvo.

A HA é considerada uma patologia multifatorial e é conceituada pelo III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial como uma síndrome que é determinada pela presença de níveis tensoriais elevados, que são vinculados às alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos, como hipertrofia cardíaca e vascular (SALGADO; CARVALHAES, 2003).

Segundo Perin et al. (2013), aproximadamente 16,7 milhões de pessoas no mundo todo morrem anualmente de doença cardiovascular e que dentre elas há aproximadamente 8 milhões de casos de óbito atribuindo à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Rosário et al. (2009) afirmam que a HA é a doença mais frequente na população brasileira.

A HAS é uma doença que atinge aproximadamente 30 milhões de brasileiros e, entre esses, cerca de 15 milhões não sabem que são hipertensos por serem muitas vezes assintomáticos, dificultando ainda mais o tratamento e limitando a ação dos profissionais da saúde no combate a essa patologia (SANTOS et al., 2005).

Neder e Borges (2006) salientam que as mudanças sociais, econômicas e demográficas ocorridas no Brasil, conhecido como transição epidemiológica, é responsável pelo aumento de casos de morbidades e de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, tendo como destaque a HAS.

A hipertensão está associada também a fatores de risco, como sedentarismo, envelhecimento, etnia, excesso de peso, aumento da circunferência da cintura (CC) e baixa estatura, principalmente, em mulheres (NEDER; BORGES, 2006).

Perin et al. (2013) afirmam que um fator importante para o desenvolvimento de HAS poder ser o consumo excessivo de sal. Em seu estudo, ainda constataram que a população hipertensa estudada por ele apresentava idade elevada, baixa escolaridade, eram fisicamente menos ativos, apresentavam maior frequência de história prévia de tabagismo e índices mais elevados de massa corpórea quando comparados aos não hipertensos.

O envelhecimento feminino tem como principal característica o hipoestrogenismo, que promove mudanças significativas na composição, tanto de massa magra (tecido muscular) quanto de massa gorda (tecido adiposo), levando em consideração a importante função do estrógeno na regulação lipídica (MATOS, 2014).

Segundo Santos et al. (2005), após a menopausa, há uma diminuição nos níveis do hormônio peptídeo natriurético arterial, hormônio que exerce importante função na prevenção da elevação da PAD, provocando assim o aumento da PA. Os autores também relacionam a elevação da pressão sistólica à carência estrogênica que ocorre não só após a menopausa, mas desde o início da falência gonadal.

Em seu estudo, Oliveira et al. (2008) salientam que o índice de massa corpórea elevada aumenta em 2,2 vezes chances de hipertensão e que quando mensurada a relação cintura-quadril (RQC) e constatado elevado valor, o risco aumenta em 83%.

Também é mencionado que o uso de terapia de reposição hormonal apresenta afeito redutor de hipertensão.

Há atualmente diversos estudos e pesquisas realizados com a finalidade de efetivar e tornar eficaz o tratamento de HA. É possível ainda retardar e/ou reverter este quadro através de tratamentos não farmacológicos e pela mudança no estilo de vida (MIRANDA et al., 2002). Segundo Gravena, Grespan e Borges (2007), as principais mudanças que devem ser adotadas são: a prática de exercício físico e reeducação alimentar visando a redução de sódio na alimentação e o controle do peso.

Segundo Gavina, Grespan e Borges (2007), as pessoas sedentárias apresentam maiores chances de desenvolver hipertensão e, que de acordo com esse fato, a atividade física é considerada eficaz no tratamento dessa patologia. O combate ao sedentarismo através da prática do exercício físico frequente pode, além de diminuir os níveis pressóricos, ter efeito positivo sobre outros fatores de risco de DCV.

A prática de atividade física oferece fatores positivos, aumentando os níveis de HDL, diminuindo os níveis de triglicérides e do peso corpóreo, além de corrigir a má distribuição de gordura. Além de aumentar a densidade óssea, tornando-se fundamental para idosos com osteoporose (GRAVINA; GRESPAN; BORGES, 2007).

A redução alimentar também pode ser um grande aliado no combate à hipertensão, quando se considera que a PA aumenta progressivamente à medida que o índice de massa corporal (IMC) aumenta. Segundo Miranda et al. (2002), o incentivo ao consumo de alimentos ricos em potássio, magnésio, cálcio e fibras e pobre em gorduras saturadas, atividade física aeróbica regular, assim como perda de peso em obesos, são objetivos possíveis de serem alcançados nos idosos e podem não só reduzir ou evitar o uso de anti-hipertensivos, como também melhorar o perfil dos outros fatores de risco cardiovascular e a qualidade de vida dos pacientes.

Além do tratamento não farmacológico citado acima, existem também outras opções de tratamento a serem usadas quando o hipertenso não adere às práticas não medicamentosas ou quando o caso é muito elevado. Perrotti et al. (2007) afirmam que o tratamento farmacológico deve ser cuidadosamente escolhido e que deve ser abordado a individualidade de cada um, e que a escolha do anti-hipertensivo deve considerar fatores como co-morbidades dos pacientes, efeitos adversos do fármaco, interação medicamentosa, a psicologia e preço do fármaco.

Os diuréticos em baixas quantidades são a primeira escolha na monoterapia dos idosos sem co-morbidades (MIRANDA et al., 2002). Para Perrotti et al. (2007), mesmo em baixas doses, os diuréticos mantêm eficácia no controle da PA e oferecem baixo risco de reações adversas, além de ter a vantagem de não interferirem nos perfis glicêmicos e lipídicos.

Os  $\beta$ -bloqueadores adrenérgicos devem ser usados nos idosos portadores de insuficiência coronariana ou insuficiência cardíaca, com exceção dos casos com renal contra-indicação. Para os autores, não são indicados como monoterapia inicial em idosos sem co-morbidades, pois esses são falhos em benefícios cardioprotetores. Os

betabloqueadores atenolol, metoprolol e bisoprolol, são preferidos por oferecerem menor risco de efeito colateral no sistema nervoso central (MIRANDA et al., 2002).

Os bloqueadores dos canais de cálcio por sua vez são fármacos seguros e de benefícios comprovados, os diidropiridínicos de longa duração (como por exemplo, nifedipina, felodipina, lacidipina e amlodipina) são os preferidos para o tratamento isolado da hipertensão, no entanto, o uso desse tipo de fármaco pode trazer efeitos adversos, como obstipação intestinal, edema em membros inferiores, e aumento do volume urinário, o que limita a adesão de alguns idosos (PERROTTI et al., 2007).

Existem também os fármacos inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA), como captopril, fosinopril, cilazapril, lisinopril, ramipril, perindopril e enalapril que são bastante eficazes no controle anti-hipertensivo. Esse tipo de fármaco deve ser utilizado em pacientes com insuficiência cardíaca ou portadores de disfunção ventricular esquerda. É importante citar que em pacientes diabéticos reduzem a proteinúria e retardam o declínio da função renal, sendo usados também para prevenção secundária de acidente vascular encefálico (AVE). As reações adversas são tosse seca e alterações do paladar e, em pacientes com doença renal crônica, podem causar hiperpotassemia (PERROTTI et al., 2007).

Os bloqueadores do receptor de angiotensina (BRA) ou antagonistas da angiotensina, assim como os inibidores da ECA agem inibindo o sistema renina-angiotensina (SRA), através do bloqueio específico dos receptores AT1. O losartan é um exemplo desta forma de antagonismo. A sua eficácia é semelhante aos inibidores da ECA, como demonstram diversos estudos. Entre as classes de anti-hipertensivos, os BRA são os que apresentam menor risco de efeitos adversos (MIRANDA et al., 2002).

Miranda et al. (2002) citam também o tratamento por terapia combinada, que utiliza dois ou mais fármacos anti-hipertensivos, justificando que esse tipo de tratamento usado em doses baixas reduz a PA com mais eficiência, trazendo menos efeitos adversos, que a monoterapia em doses altas. Levando em consideração que muitas vezes um fármaco pode reduzir os efeitos colaterais de outros, facilitando assim a aderência e, conseqüentemente, a eficácia do tratamento.

## 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mulheres a partir de 40 anos, ao serem acompanhadas pelas equipes de saúde, devem receber orientações sobre: prevenção e controle da hipertensão; a importância e relevância que o estado nutricional possui sobre as doenças cardiovasculares; sobre a possível necessidade de reposição hormonal e o autocuidado, promovendo uma conscientização das mulheres em relação à essa problemática.

Então, mediante essas considerações, recomenda-se que mulheres nessa fase na vida sejam melhor atendidas ao que diz respeito ao climatério, em uma perspectiva

interdisciplinar, compreendendo que há diversos fatores de risco para a hipertensão. Contudo, esse é um desafio que pode ser vencido através de estratégias de saúde, incluindo a educação nutricional e a educação em saúde em geral.

## REFERÊNCIAS

- Bouzas, I., Braga, C., Leão, L. Ciclo menstrual na adolescência. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, 2010.
- Carneiro, G. *et al.* Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de Hipertensão Arterial e outro fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, p. 306-11, 2003.
- Galvão, L. L. L. F. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. **Revista da Associação Médica Brasileira, Rio Grande do Norte**, v. 53, p. 414-20 2007.
- Gravena, A. A. F., Rocha, S. C., Romeiro, T. C., Agnolo, C. M. D., Gil, L. M., Barros, M. D. de C., Pelloso, S. M. Sintomas climatéricos e estado nutricional de mulheres na pós-menopausa usuárias e não usuárias de terapia hormonal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Paraná, v. 35, p. 178-84, 2013.
- Lorenzi, D. R. S., Basso, E., Fagundes, P. O., Saciloto, B. Prevalência de sobrepeso e obesidade no climatério. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia, Rio Grande do Sul**, v. 27, p. 479-84, 2007.
- Matos, G. S. R. **Estágio menopausal e níveis hormonais no desempenho muscular e funcional em mulheres de meia idade: um estudo transversal**. Rio Grande do Norte, 2014.
- Miranda, R. D. *et al.* Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 9, p. 293-300, 2002.
- Holanda, L. G. M. *et al.* Excesso de peso e adiposidade central em adultos de Teresina-PI. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Piauí, v. 57, p. 50-55, 2010.
- Neder, M. M., Borges, A. A. N. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: o que avançamos no conhecimento de sua epidemiologia? **Revista Brasileira de Hipertensão**, Mato Grosso, v.13, p. 126-133, 2006.
- Oliveira, L. M. F. T. *et al.* Associação entre obesidade geral e abdominal com hipertensão arterial em idosas ativas. **Revista de Educação de Física**, Pernambuco, v. 24, p. 659-668, 2013.
- Perin, M. S. Caracterização do consumo de sal entre hipertensos segundo fatores sociodemográficos e clínicos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, 2013.
- Perrotti, T. C. *et al.* Tratamento farmacológico da hipertensão no idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v.14, p. 37-41, 2007.
- Polisseni, A. F. *et al.* Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Minas Gerais**, v. 31, p. 28-34, 2009.
- Rosário, T. M. *et al.* Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres – MT. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Mato Grosso, v. 93, 2009.

Salgado, C. M., Carvalhaes, J. T. A. Hipertensão arterial na infância. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, 2003.

Santos, J. F., Pillon, F. L. A influência dos hormônios sexuais femininos sobre a manifestação clínica das doenças periodontais – Revisão de literatura. **Revista de Periodontia**, Rio Grande do Sul, v. 19, p. 34-40, 2009.

Santos, Z. M. S. A. *et al.* Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enfermagem**, Ceará, v. 14, p. 332-40, 2005.

Santos, Z. M. S. A., Silva, R. M., Monteiro, D. A. Mulher com hipertensão e a relação com a menopausa. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Ceará, v. 7, p. 68-74, 2007.

Silveira, I. L. *et al.* Prevalência de sintomas do climatério em mulheres dos meios rural e urbano no Rio Grande do Norte, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio Grande do Norte, v. 29, p. 420-7, 2007.

Teixeira, A. L. S. *et al.* Influência das diferentes fases do ciclo menstrual na flexibilidade de mulheres jovens. **Revista Brasileira Medicina do Esporte**, Minas Gerais, v. 18, 2012.

## MARCADORES DE TRABALHO DE PARTO PREMATURO

### **Sílvia de Lucena Silva Araújo**

Universidade Federal de Pelotas  
Pelotas – Rio Grande do Sul

### **Julia Peres Danielski**

Universidade Federal de Pelotas  
Pelotas – Rio Grande do Sul

### **Rossana Pereira da Conceição**

Universidade Federal de Pelotas  
Pelotas – Rio Grande do Sul

### **Frederico Timm Rodrigues de Sousa**

Universidade Federal de Pelotas  
Pelotas – Rio Grande do Sul

### **Felipe de Vargas Zandavalli**

Universidade Federal de Pelotas  
Pelotas – Rio Grande do Sul

### **Guilherme de Lima**

Universidade Federal de Pelotas  
Pelotas – Rio Grande do Sul

### **Matheus Zenere Demenech**

Universidade Federal de Pelotas  
Pelotas – Rio Grande do Sul

### **Marina Possenti Frizzarin**

Universidade Federal de Pelotas  
Pelotas – Rio Grande do Sul

### **Daiane Ferreira Acosta**

Universidade Católica de Pelotas  
Pelotas – Rio Grande do Sul

### **Daniele Ferreira Acosta**

Universidade Federal de Rio Grande  
Rio Grande – Rio Grande do Sul

### **Celene Maria Longo da Silva**

Universidade Federal de Pelotas, FAMED, DMI  
Pelotas – Rio Grande do Sul

**RESUMO:** O parto prematuro (PP) antecede as 37 semanas completas de gestação e sua incidência é variável de acordo com as características de cada população. No Brasil, em média 6,6% dos nascimentos são pré-termo, segundo o Ministério da Saúde. E, embora a sobrevivência dos recém-nascidos prematuros tenha melhorado nos últimos anos, o PP ainda é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal, sendo a prematuridade espontânea correspondente a 75% dos casos, e decorre do trabalho de parto precoce (TPP). Entre os indicadores preditivos do TPP disponíveis, os de maior valor são os clínicos (gemelaridade, história prévia de PP e sangramento vaginal antes do segundo trimestre), as modificações do colo uterino detectadas pela ultrassonografia transvaginal (UST) –principalmente a redução de seu comprimento- e os métodos bioquímicos. Entre os diversos marcadores bioquímicos conhecidos que podem auxiliar a predição do TPP, a fibronectina fetal (FNF) – uma glicoproteína produzida pelo trofoblasto- vem apresentando os melhores resultados pela literatura. Dessa forma, apesar de não existir nenhum teste/exame ideal em termos de

sensibilidade e valores preditivos até o momento, a predição do TPP tornou-se mais precisa com o surgimento do teste da FNF e com o advento da medida do comprimento do colo uterino por UST. A principal utilidade isolada do teste da fibronectina fetal reside no seu elevado VPN (acima de 90%) e não no seu VPP, que são mais baixos. Sendo que, os melhores valores de predição do TPP são obtidos quando ambos os exames (UST e FNF) são aplicados simultaneamente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Trabalho de Parto Prematuro, Fibronectina Fetal, Marcadores de Trabalho de Parto Prematuro

## 1 | INTRODUÇÃO

O parto é definido como prematuro quando antecede as 37 semanas completas de gestação e sua incidência é variável de acordo com as características populacionais. Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, em média 6,6% dos nascimentos são pré-termo. Embora a sobrevivência dos recém-nascidos prematuros tenha melhorado nos últimos anos, a prematuridade ainda é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal (BITTAR, 2009).

A prematuridade espontânea corresponde a 75% dos casos e decorre do trabalho de parto precoce. A etiologia é complexa e multifatorial ou desconhecida e, na maioria das vezes, a prevenção primária é difícil de ser implementada, tendo em vista que muitos dos fatores de risco não podem ser modificados antes ou durante a gestação, restando, assim, a prevenção secundária ou terciária. A prevenção secundária depende de indicadores preditivos, sendo que, até o momento, não existe nenhum teste ideal em termos de sensibilidade e valores preditivos para a detecção de trabalho de partos pré-termo (PP).

No Brasil, o exame disponibilizado em serviços públicos de saúde (SUS) para avaliação de gestante em risco de PP é a medida do colo uterino por meio de ultrassonografia transvaginal (UST) (FEBRASGO, 2012), em que o encurtamento do colo uterino ou presença de dilatação observados por meio da UST podem prever o parto prematuro espontâneo (HONEST, 2003). No entanto, há grande variação entre os estudos com relação à idade gestacional para realização da US, bem com a definição do ponto (medida em milímetros) de corte para avaliação da acurácia na previsão de parto prematuro espontâneo.

Dessa forma, entre os indicadores preditivos do TPP disponíveis, os de maior valor são os clínicos (gemelaridade, história prévia de PP e sangramento vaginal antes do segundo trimestre), as modificações do colo uterino detectadas pela UST (principalmente a redução de seu comprimento) e os métodos bioquímicos (BITTAR, 2009). Existem marcadores bioquímicos conhecidos que podem auxiliar a predição do trabalho de parto precoce, como as interleucinas 6 e 8, o hormônio liberador da corticotropina (CRH), o estriol salivar e a fibronectina fetal (FNF) (BITTAR, 2009). Porém, entre todos os indicadores, a FNF vem apresentando os melhores resultados

para a predição do PP.

A fibronectina é uma glicoproteína produzida pelo trofoblasto, cuja função fisiológica é assegurar a aderência do blastocisto à decídua e está normalmente presente nos fluídos cérvico-vaginais durante as primeiras 20 semanas de gestação. Após a fusão do âmnio com o córion, a FNF não é mais encontrada nos fluídos cérvico-vaginais até a 35<sup>a</sup> semana, a menos que haja rotura de membranas ou presença de fator mecânico, infeccioso, inflamatório ou isquêmico na interface materno-fetal (BITTAR, 2009). Portanto, o teste de imunoensaio de membrana, que avalia a presença de FNF no canal cervical, só tem utilidade quando realizado entre a 22<sup>a</sup> e a 34<sup>a</sup> semana e seis dias. Para a detecção da FNF, podem ser utilizados dois tipos de teste: o quantitativo e o qualitativo.

No serviço público de Saúde do Brasil (SUS), está disponível apenas do teste rápido (qualitativo), em que o resultado é obtido em 10 minutos. A gestante é colocada em litotomia e introduz-se espéculo vaginal estéril para a coleta de conteúdo da porção posterior do colo, por meio de swab de Dacron, por 10 segundos. Posteriormente, o swab com o material coletado é introduzido em frasco com solução tampão, onde é vigorosamente agitado por 10 segundos. Em seguida, o swab é descartado e insere-se a fita de leitura na solução tampão. A partir de então, aguardam-se 10 minutos para a leitura. O teste é considerado positivo quando são formadas duas linhas róseas na fita de leitura, o que significa a presença da FNF em concentrações superiores a 50 ng/mL.

O teste da FNF pode ser utilizado em gestantes sintomáticas, em que há dúvidas em relação ao diagnóstico do trabalho de parto prematuro, ou em gestantes assintomáticas com risco para o PP espontâneo. Dessa forma, devido à dificuldade em definir se determinada gestante, assintomática ou sintomática, apresenta ou não risco de evoluir para parto pré-termo, o presente estudo procurou realizar uma revisão literária, a fim de apurar a fibronectina como método preditivo para o TPP, na determinação do risco de prematuridade.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo se trata de uma revisão de literatura, a qual foram revisados cerca de 6 artigos de revisão, 3 ensaios clínicos prospectivos e o Manual para a Gestação de Alto Risco de 2011, a fim de realizar um levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema. Toda a literatura consultada utilizou a avaliação de fibronectina pelo teste rápido (qualitativo). Os principais artigos encontrados estavam em dois periódicos nacionais: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e da Revista de Ciências Médicas de Campinas e dois Periódicos internacionais: Clinical Obstetrics and Gynecology e Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica,. As bases de dados foram o PubMed e o LILACS.

Após a leitura e exploração dos artigos selecionados obteve-se quatro categorias: Fibronectina isolada, Fibronectina comparada a outros marcadores bioquímicos, Fibronectina comparada ao comprimento do colo uterino e Fibronectina associada ao comprimento do colo uterino.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 Fibronectina isolada

Em 2000, OLIVEIRA, T. A. et al., aplicou o teste de imunoensaio de membrana (teste rápido de FNF) em 107 gestantes, em três períodos diferentes: 24<sup>a</sup>, 28<sup>a</sup> e 32<sup>a</sup> semanas. O teste da FNF mostrou baixos índices de sensibilidade (S) e valor preditivo positivo (VPP) para predição do parto prematuro não somente antes da 34<sup>a</sup> semana, como também antes da 37<sup>a</sup> semana. O valor preditivo negativo (VPN), por outro lado, foi alto para predição da prematuridade antes da 34<sup>a</sup> semana nos três períodos analisados, embora com riscos relativos (RR) não significativos. Os resultados encontrados são semelhantes àqueles encontrados na literatura, independente do período do parto pré-termo considerado, número de amostras realizadas e grupo de risco. Os autores sugerem que o teste da FNF tem pouco valor em pacientes assintomáticas de alto risco, característica das pacientes com antecedentes de prematuridade.

BITTAR, R. E. et al., em 2009, avaliou 40 estudos prospectivos em uma revisão sistemática e concluiu que a utilidade do teste de FNF em gestantes sintomáticas pode ser confirmada. Cerca de 80% das mulheres com PP tiveram o teste positivo para a FNF uma semana antes do nascimento, ou seja, trata-se de um teste sensível. Apenas 13% das pacientes em que não ocorreu o parto em uma semana tiveram resultado positivo do teste da FNF, ou seja, raramente é positivo quando a gestação evolui para o termo. Considerando-se os estudos relacionados a gestantes sintomáticas, observa-se que o principal benefício do teste da FNF reside no seu elevado VPN (superior a 90%), ou seja, a probabilidade de parto a termo em mulheres com teste negativo é alta.

O estudo de BITTAR, R. E. et al., de 1996, avaliou o aparecimento da FNF na secreção cérvico-vaginal e as contrações uterinas anormais como métodos preditivos para o PP de 72 gestantes. A coleta da secreção para detectar a presença da FNF foi realizada quinzenalmente e, as contrações uterinas foram monitoradas semanalmente, entre a 24<sup>a</sup> e a 34<sup>a</sup> semanas de gestação. Foi determinada a correlação entre a presença da FNF e o aparecimento de contrações uterinas anormais com o PP em gestantes assintomáticas, com risco elevado para o parto pré-termo espontâneo. Nesse grupo de mulheres, o teste de membrana para a FNF obteve sensibilidade (S) de 75%, especificidade (E) de 83,33%, VPP de 54,54% e VPN de 92,59%. Já as contrações uterinas revelaram S de 50%, E de 63,33%, VPP de 26,66% e VPN

82,60%. Dessa forma, o teste de membrana para detecção da FNF, quando realizados entre a 24<sup>a</sup> e 34<sup>a</sup> semanas de gravidez, em gestantes assintomáticas com elevado risco para PP, constitui melhor marcador para a prematuridade do que as contrações uterinas. E como descrito na literatura e encontrado nos outros estudos revisados, também apresentou VPN mais significativo que a sensibilidade.

Segundo uma metanálise realizada por SANTOS, F. et. al em 2018, nos estudos publicados no período de 2005 a 2017 que envolviam gestantes acima de 22 semanas de gestação e que realizaram o teste da fibronectina, mostrou que, em gestantes assintomáticas e sem fatores de risco, um resultado positivo no teste da fibronectina indicou mulheres com aumento no risco de trabalho de parto prematuro.

### **3.2 Fibronectina comparada a outros marcadores bioquímicos**

Segundo o estudo de BITTAR, R. E. et al. realizado em 2009, dentre todos os indicadores bioquímicos, a fibronectina é a que apresentou os melhores resultados para a predição do parto prematuro. As interleucinas, o CRH e o estriol demonstraram baixa sensibilidade e baixos VPPs e não trouxeram benefícios para a predição do parto prematuro. A fibronectina apresentou VPP relativamente baixo (inferior a 50%), mas superior aos outros marcadores bioquímicos, tais como o estriol, interleucinas e CRF. Diante do teste positivo de FNF, recomenda-se internação, corticoterapia antenatal e tocolise. Entretanto, o maior benefício do teste da fibronectina provém do seu elevado VPN (superior a 90%) e, portanto, diante de um teste negativo da FNF, pode-se evitar intervenções desnecessárias.

### **3.3 Fibronectina comparada ao comprimento do colo uterino**

De acordo com estudo de OLIVEIRA, T. A. et al. (2000), foi evidenciado que a medida do colo uterino via UST apresentou bons índices de VPN, principalmente para predição de PP antes da 34<sup>a</sup> semana. A especificidade e VPP do exame, todavia, foram mais baixos. O comprimento cervical mostrou maior sensibilidade e melhor associação com o parto pré-termo do que a FNF. A presença de um colo curto foi associada ao PP antes da 34<sup>a</sup> semana e também antes da 37<sup>a</sup> semana, em todos períodos avaliados. Entretanto, o teste da FNF na 28<sup>a</sup> semana foi mais específico que o colo curto, enquanto este foi mais sensível à previsão de PP antes da 37<sup>a</sup> semana.

No estudo de BITTAR (2005), foi avaliado o risco de PP em 107 gestantes nas 24<sup>a</sup>, 28<sup>a</sup> e 32<sup>a</sup> semanas, com antecedentes de parto pré-termo espontâneo através do teste de imunoensaio de FNF e o da medida do colo uterino pela UST. A incidência do parto prematuro foi de 37,4% (40/107). O teste positivo da fibronectina fetal apresentou sensibilidade de 44%, especificidade de 78%, VPP entre 55% e VPN de 69%. O colo curto mostrou um risco relativo significativo para ocorrência do parto antes de 37 semanas, na 24<sup>a</sup>, 28<sup>a</sup> e 32<sup>a</sup> semana. A sensibilidade variou entre 59-73%, a especificidade de 60-75%, o VPP de 48-57% e VPN de 76-81%. Dessa forma, em

pacientes com antecedentes de prematuridade espontânea, a medida do comprimento do colo uterino através da UST é melhor do que o teste da FNF para avaliar o risco de parto prematuro.

No estudo de 2017 desenvolvido por WAX, J. R. et. al., os resultados mostraram que o teste da fibronectina pode ser útil na avaliação do risco de trabalho de parto prematuro espontâneo quando o comprimento do colo uterino não for possível de avaliar ou, quando disponível, mensurar entre 20 e 30mm. Podendo, então, ambos (comprimento do colo uterino e teste da fibronectina) serem úteis na triagem de mulheres assintomáticas para trabalho de parto prematuro.

### 3.4 Fibronectina associada ao comprimento do colo uterino

De acordo com os estudos de OLIVEIRA, T. A. et al. (2000) e de BITTAR, R. E. et al. (2009), em gestantes sintomáticas e assintomáticas com antecedente de parto prematuro, o teste da FNF revelou melhores valores de sensibilidade quando em combinação com a medida do comprimento do colo uterino pela UST.

## 4 | CONCLUSÕES

Embora até o momento não exista nenhum teste preditivo ideal em termos de sensibilidade e valores preditivos para avaliação de trabalho de parto precoce, a predição do PP tornou-se mais precisa com o advento da medida do comprimento do colo uterino pela ultrassonografia transvaginal e com o teste da FNF. A principal utilidade isolada do teste imunoensaio de membrana reside nos elevados VPN (acima de 90%) e não nos VPP, que são mais baixos.

Os melhores valores de predição são obtidos quando ambos os exames são aplicados simultaneamente, em gestantes sintomáticas e assintomáticas de risco, havendo aumento da sensibilidade para rastreamento e a detecção do PP. Os testes da FNF e a medida do colo, além disso, podem auxiliar o pré-natalista na orientação de medidas preventivas ou terapêuticas, sobretudo devido ao elevado VPN para ocorrência do parto antes de 34 semanas. A identificação precoce dessas pacientes possibilita orientar a administração dos corticosteróides para acelerar a maturação pulmonar fetal ou, ainda, evitar condutas desnecessárias.

## REFERÊNCIAS

5.1- SILVA, J. C. G.; CECATTI, J. G.; PIRES, H. M. B.; PASSINI, R.; PARPINELLI, M. A.; PEREIRA, B. G.; AMARAL, E. **Assistência à Gestação e ao parto gemelar**. Rev. Ciências Médicas Campinas. São Paulo, v.12, n.02, p.173-183, 2003.

5.2- OLIVEIRA, T. A.; CARVALHO, C. M. P.; SOUZA, E.; SANTOS, J. F. K.; GUARÉ, S. O.; NETO, M. N.; CAMANO, L. **Avaliação do Risco de Parto Prematuro: Teste da Fibronectina Fetal e Medida do Colo Uterino**. Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, v.22, n.10, p.633-639, 2000.

- 5.3-** BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. **Indicadores de risco para o parto prematuro.** Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, v.31, n.04, p.203-209, 2009.
- 5.4-** BITTAR, R. E.; YAMASAKI, A. A.; SASAKI, S.; GALLETTA, M. A.; ZUGAIB, M. **Determinação do risco para o parto prematuro através da detecção da fibronectina fetal na secreção cérvico-vaginal e da monitorização das contrações uterinas.** Rev. Brasileira de Ginecologia Obstetrícia. Rio de Janeiro, v.18, n.02, p.165-172, 1996.
- 5.5-** BITTAR, R. E.; CARVALHO, M. H. B.; ZUGAIB, M. **Condutas para trabalho de parto prematuro.** Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, v.27, n.09, p.561-566, 2005.
- 5.6-** HONEST, H.; BACHMANN, L. M.; COOMARASAMY, A. **Accuracy of cervical transvaginalsonography in predicting preterm birth: a systematic review.** Ultrasound Obstetric Gynecol. London, v.22, n.03, p.305–322, 2003.
- 5.7-** FEBRASGO. **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.** Manual para Gestação de Alto Risco. São Paulo, 2011.
- 5.8-** OLIVEIRA, T. A. **Avaliação do risco de parto prematuro através do teste da fibronectina fetal e da medida do colo uterino pela ultrassonografia transvaginal.** 1999. Tese (Doutorado em Ginecologia e Obstetrícia) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.
- 5.9-** SANTOS, F.; DARU, J.; ROGOZINSKA, E.; COOPER, N. A. M. **Accuracy of fetal fibronectin for assessing preterm birth risk in asymptomatic pregnant women: a systematic review and meta-analysis.** Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. United Kingdom, v. 97, n. 06, p.657–667, 2018.
- 5.10-** WAX, J. R.; CARTIN, A.; PINETTE, M. G. **Cervical Evaluation in Pregnancy.** Clinical Obstetrics and Gynecology. Philadelphia, v. 60, n. 03, p.608–620, 2017.

## PERFIL ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE GESTANTES NO NORDESTE BRASILEIRO

### **Maria Dinara de Araújo Nogueira**

Nutricionista do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, Preceptora de Estágio de Nutrição Clínica na Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza, Pós-graduanda em Nutrição Pediátrica, Escolar e na Adolescência no Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza-CE.

### **Mariana da Silva Cavalcanti**

Nutricionista, Pós-graduanda em Prescrição de Fitoterápicos e Suplementação Nutricional na Nutrição Clínica e Esportiva no Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza-CE.

### **Amanda de Moraes Lima**

Nutricionista, Pós-graduanda em Nutrição Clínica e Funcional no Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza-CE.

### **Carine Costa dos Santos**

Nutricionista do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, Pós-graduanda em Nutrição Clínica e Fitoterapia Aplicada no Instituto Viver de Saúde, Ensino e Performance. Fortaleza-CE.

### **Carlíane Vanessa Souza Vasconcelos**

Nutricionista, Especialista em Nutrição Clínica, Esportiva e Fitoterapia pelo Centro Universitário UNINTA, Especialista em Saúde da Família em Caráter de Residência Multiprofissional pela Universidade Vale do Acaraú. Sobral-CE.

### **Ana Angélica Romeiro Cardoso**

Nutricionista, Preceptora de Estágio de Nutrição e Saúde Coletiva no Centro Universitário Estácio do Ceará, Especialista em Alimentação e Nutrição na Atenção Básica pela Fundação Oswaldo Cruz. Fortaleza-CE.

### **Rafaela Dantas Gomes**

Nutricionista, Especialista em Nutrição Clínica e Esportiva pela Faculdade de Quixeramobim. Fortaleza-CE.

### **Juliana Soares Rodrigues Pinheiro**

Nutricionista, Preceptora de Estágio de Nutrição e Saúde Coletiva no Centro Universitário Estácio do Ceará, Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-CE.

### **Géssica Albuquerque Torres Freitas**

Farmacêutica, Especialista em Atenção Farmacêutica e Farmácia Clínica pelo Instituto de Pós-graduação e Graduação, Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Fortaleza-CE.

### **Maria Raquel da Silva Lima**

Nutricionista, Preceptora de Estágio de Nutrição e Saúde Coletiva no Centro Universitário Estácio do Ceará, Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Fortaleza-CE.

**RESUMO:** O objetivo desse estudo foi identificar o perfil alimentar e nutricional das gestantes no nordeste brasileiro a partir de informações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Este estudo é do tipo retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa. Os critérios de inclusão foram gestantes adultas e adolescentes acompanhadas no SISVAN no período de 2017. Os dados foram classificados em baixo peso, eutrofia, sobrepeso ou

obesidade, a partir do Índice de Massa corpórea (IMC/km<sup>2</sup>) gestacional que fornece a razão do peso e o quadrado da altura, relacionando o valor encontrado com a atual semana gestacional. Apesar de 39% se encontrar com estado nutricional adequado, e o risco de baixo peso ter diminuído com a transição nutricional, 43% está com excesso de peso, sendo um grande fator de risco para a saúde materna e do concepto. Há um bom consumo de frutas, verduras e legumes, o que é extremamente importante para o adequado desenvolvimento fetal, visto a oferta de nutrientes. Porém, em contradição também há uma considerada ingestão de alimentos açucarados e gordurosos por parte das gestantes. Assim, se faz importante enfatizar a criação de estratégias nutricionais a partir de políticas públicas voltadas para mulheres no período gestacional, visto a relevância de manter um estado nutricional adequado, evitando complicações metabólicas para a mãe e o bebê nesta fase, que possam decorrer da má alimentação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estado Nutricional. Gestantes. Consumo Alimentar.

**ABSTRACT:** The objective of this study was to identify the nutritional and nutritional profile of pregnant women in northeastern Brazil, based on information from the Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN). This is a retrospective, descriptive study with a quantitative approach. Inclusion criteria were adult and adolescent pregnant women in SISVAN during the period of 2017. Data were classified as low weight, eutrophy, overweight or obesity, based on the Body Mass Index (BMI / km<sup>2</sup>) gestational age, which gives the weight ratio and the square of the height, relating the value found with the current gestational week. Although 39% found adequate nutritional status, and the risk of low weight decreased with the nutritional transition, 43% were overweight and a major risk factor for maternal health and the concept. There is a good consumption of fruits, vegetables and vegetables, which is extremely important for proper fetal development, given the supply of nutrients. However, in contradiction there is also a considered intake of sugary and fatty foods on the part of the pregnant women. Thus, it is important to emphasize the creation of nutritional strategies based on public policies aimed at women in the gestational period, considering the importance of maintaining an adequate nutritional status, avoiding metabolic complications for the mother and the baby at this stage, food.

**KEYWORDS:** Nutritional status. Pregnant women. Food Consumption.

## 1 | INTRODUÇÃO

A gravidez é o período onde a mulher é responsável pela formação de um novo ser. Esse período tem início no momento da concepção, estende-se por aproximadamente 40 semanas e termina com o nascimento do bebê (COUTINHO et al., 2014). O fato da mãe necessitar de um maior aporte energético para atender às suas necessidades dela e do bebê, acaba por provocar a necessidade de uma adequada ingestão calórica para um ganho de peso satisfatório (ANDRETO et al, 2006).

A avaliação do estado nutricional das gestantes tem como intuito avaliar as

condições nutricionais da gestante levando em consideração o seu crescimento corpóreo e parâmetros físicos, sendo importante para uma gestação saudável (BARBOSA et al, 2017). Avaliar a ingestão de alimentos por gestantes também se faz válido, pois é possível saber possíveis deficiências nutricionais, o que pode gerar intervenções referentes a qualidade e quantidade dos alimentos durante a gestação (BERTIN et al., 2006).

Devido a importância do acompanhamento gestacional neste âmbito, surgiu o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) criado em 1990 (BARBOSA et al, 2017). Ele permite o armazenamento e a geração de dados sobre o consumo alimentar e o estado nutricional dos usuários do Sistema Único de Saúde em todas as fases de suas vidas (NASCIMENTO et al, 2017). A vigilância nutricional das gestantes tem como indicador o Índice de Massa Corporal (IMC/km<sup>2</sup>) e o aumento de peso por tempo gestacional (BARBOSA et al, 2017). O monitoramento do IMC na gestante tem como objetivo identificar o risco nutricional para a mesma, promovendo ações voltadas à promoção da saúde materna (NOGUEIRA; CARREIRO, 2013). Desta forma, o trabalho em questão teve como objetivo identificar o perfil alimentar e nutricional das gestantes no nordeste brasileiro a partir de informações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi baseada a partir de dados secundários obtidos pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) relativo às gestantes da região nordeste do Brasil. A Região Nordeste é formada por nove estados litorâneos e ocupa uma área de 1.554.291.607 km<sup>2</sup>, o equivalente a 18,27% do território brasileiro (IBGE, 2010).

Os critérios de inclusão foram gestantes adultas e adolescentes acompanhadas no SISVAN no período de 2017. Os critérios de exclusão foram mulheres adultas e adolescentes não grávidas. Os dados oriundos do SISVAN foram classificados de acordo com a curva de Atalah et al. (1997), em baixo peso, eutrofia, sobrepeso ou obesidade, a partir do Índice de Massa Corpórea (IMC/m<sup>2</sup>) da gestante que fornece a razão do peso e o quadrado da altura, relacionado o valor encontrado com a atual semana gestacional.

Também foi verificado o consumo alimentar avaliando a frequência da ingestão de alimentos saudáveis ou não (frutas, verduras e legumes, hambúrgueres ou embutidos, bebidas adoçadas e biscoitos recheados, doces ou guloseimas, feijão, macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado). A tabulação dos dados foi realizada no Programa *Microsoft Excel* 2016, por meio de porcentagens em gráficos e tabelas.

Por fazermos o uso de dados de domínio público, isso dispensa a aplicação do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes, imprescindível em pesquisas que envolvem seres humanos, conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o estado nutricional das gestantes do Nordeste do Brasil em 2017, foram coletados dados de 284.333 mulheres em período gestacional, distribuídas em baixo peso 18% (n= 52.437), eutrofia 39% (n= 110.825), sobrepeso 27% (n=76.026), obesidade 16% (n= 44.841), como mostra o gráfico abaixo:

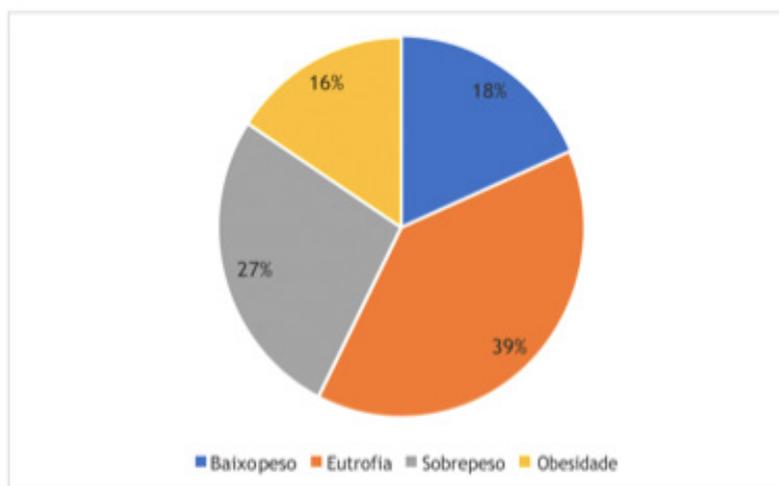


Gráfico 1. Estado nutricional de gestantes da região nordeste do Brasil, 2017.

Fonte: SISVAN, 2017

Isso demonstra que apesar de 39% se encontrar com estado nutricional adequado, e o risco de baixo peso ter diminuído com a transição nutricional, 43% está com excesso de peso, sendo um grande fator de risco para a saúde materna e do concepto.

A análise do estado nutricional na gravidez é de extrema valia, possibilitando identificar as gestantes que estão com algum tipo de prejuízo nutricional que possa causar uma possível anemia, baixo peso ou obesidade, entre outras patologias. Assim é possível intervir na situação com recomendações adequadas e prestar orientações nutricionais para cada quadro. As investigações a respeito da alimentação e do estado nutricional devem fazer sempre parte da atenção à saúde da mulher antes e durante a gestação para prevenção da obesidade na gravidez (SATO; FUJIMORE, 2012)

Um estudo de Barbosa, Aguiar e Holanda (2017) também classificou o perfil nutricional de gestantes adultas e adolescentes em um município do Ceará através do SISVAN, encontrando 43% de eutrofia, 19% de sobrepeso, 12% de obesidade, e 26% de baixo peso. Resultado preocupante, visto o alto índice de inadequações de peso, assim como nosso estudo que contemplou o Nordeste, expressando a necessidade de

intervenções (BARBOSA, AGUIAR, HOLANDA; 2017).

Uma outra pesquisa que visou identificar o estado nutricional apenas com adolescentes, encontrou no diagnóstico pré-gestacional 87% em estado de normalidade, 1% baixo peso, 10% sobrepeso e 2% obesidade. Porém, durante a gestação houve 72% de inadequação, em sua maioria sobrepeso e obesidade, superando a adequação de 28% (SANTOS et al., 2012). Ganhar peso de forma adequada durante a gestação é essencial para o bom desenvolvimento do feto, podendo seu desenvolvimento ser alterado pelo estado nutricional da mãe antes e durante a gestação (KAUP; MERIGHI; TSUNECHIRO, 2005).

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Frutas</b>	1199	72%
<b>Verduras e legumes</b>	1058	63%
<b>Hambúrgueres e/ou embutidos</b>	509	31%
<b>Bebidas adoçadas</b>	832	50%
<b>Biscoitos recheados, doces ou guloseimas</b>	641	38%
<b>Feijão</b>	1390	83%
<b>Macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado</b>	679	41%

Tabela 2. Consumo alimentar de gestantes da região nordeste do Brasil, 2017 (n=1667).

Fonte: SISVAN, 2017

A tabela relata que há um bom consumo de frutas, verduras e legumes, o que é extremamente importante para o adequado desenvolvimento fetal, visto a oferta de nutrientes. Porém, em contradição também há uma considerada ingestão de alimentos açucarados e gordurosos por parte das gestantes. Isso é algo que deve ser levado em consideração, pois é primordial haver equilíbrio de grupos alimentares durante este período.

Durante a gestação, as necessidades nutricionais sofrem um aumento e isso leva a uma alteração na dieta da gestante, para dessa forma ela conseguir garantir a sua saúde e do seu bebê (SAUDERS; NEVES; ACCIOLY, 2005). Porém, o controle na ingestão calórica deve se fazer presente. Segundo Baião e Deslandes (2006), a alimentação na gestante sofre a influência de diversos fatores como os recursos materiais disponíveis, as condições sociais, os aspectos corpóreos e a opinião médica.

A boa alimentação tem uma relação direta com a saúde materna, com o crescimento e desenvolvimento adequado da criança. Um consumo alimentar exagerado e um grande aumento de peso ocasionados por uma alimentação ruim são considerados possíveis causas de enfermidades (BAIÃO; DESLANDES, 2008). Uma alimentação

inadequada, com alta ingestão de refeições rápidas (tipo *snacks*), com redução de uma alimentação reforçada como almoço, podem estar relacionadas até ao aumento de retenção após o parto (MARTINS; BENÍCIO, 2011).

No estudo de Araújo et al., (2016) sobre o consumo alimentar de gestantes adultas, observou-se baixo consumo de leguminosas, leite e produtos lácteos, além de ingestão excessiva de açúcares, doces e carnes e ovos, entrando em concordância com nosso estudo em relação aos açúcares.

Outra pesquisa realizada nas cinco regiões do Brasil através do SISVAN nos anos de 2015 e 2016 para saber o perfil alimentar de gestantes adolescentes, foi relatado que o consumo de feijão (80%), frutas (70%), legumes e verduras, foi destaque nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste. Em relação a alimentos não saudáveis, como a ingestão de embutidos, bebidas adoçadas, salgadinhos e doces, a prevalência foi das bebidas adoçadas (70%), predominando nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, seguido pelo consumo de salgadinhos, em todas as regiões, sendo maior que 50% em ambos os anos (SOMAVILA et al., 2017). Demonstra então, que os resultados de 2015 e 2016 na região nordeste se mantiveram semelhantes quanto a frutas, verduras e legumes, e feijão em 2017, como visto aqui.

#### 4 | CONCLUSÕES

Em relação ao diagnóstico nutricional, houve predominância do excesso de peso de forma expressiva no nordeste brasileiro em 2017. Quanto ao consumo alimentar, apesar da boa ingestão de alimentos saudáveis, também houve grande consumo de produtos industrializados, ricos em conservantes como sódio, açúcares e gorduras.

É importante enfatizar a criação de estratégias nutricionais a partir de políticas públicas voltadas para mulheres no período gestacional, visto a relevância de manter um estado nutricional adequado, evitando complicações metabólicas para a mãe e o bebê nesta fase, que possam decorrer da má alimentação. Ainda é válido enfatizar a importância de registrar os dados o SISVAN, para promover rastreamentos do estado nutricional e consumo alimentar neste público. Estima-se ainda, que outros estudos possam investigar o estado nutricional e a ingestão alimentar das gestantes por meio do SISVAN, em outras regiões do Brasil.

#### REFERÊNCIAS

ANDRETO, L. M.; SOUZA, A. I.; FIGUEIROA, J. N.; CABRAL-FILHO, J. E. Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2401-2409, nov., 2006.

ARAÚJO, E. S. et al. Consumo alimentar de gestantes atendidas em Unidades de Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo. v. 40, n.1, p.28-37, 2016.

BAIÃO, M.R.; DESLANDES, S.F. Alimentação na gestação e puerpério. **Revista de Nutrição**, 19, p. 245-253, 2006.

BAIÃO, M.R.; DESLANDES, S.F. Gravidez e comportamento alimentar em gestantes de uma comunidade urbana de baixa renda no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 24(11), p. 2633-2642, 2008

BARBOSA, G.S.S; AGUIAR, L. P.; HOLANDA, R. L. Classificação nutricional das gestantes segundo o sistema de informação de vigilância alimentar e nutricional (sisvan) de brejo Santo- CE. **Revista Interdisciplinar**, v. 10, n. 2, p. 40-46, 2017.

BERTIN et al. Métodos de avaliação do consumo alimentar de gestantes: uma revisão. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** v.6, n.4, p. 383-390, 2006.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional**. 2010. Disponível: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd\\_2010\\_caracteristicas\\_populacao\\_domi\\_cilios.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domi_cilios.pdf). Acesso em: 20 de abril de 2018.

COUTINHO, E. C. et al. Gravidez e Parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães? **Revista Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, 48 (Esp2), p. 17 – 24. 2014.

MARTINS, A. P. B.; BENICIO, M. H. D. Influência do consumo alimentar na gestação sobre a retenção de peso pós-parto. **Revista de saúde pública**, v. 45, p. 870-877, 2011.

NASCIMENTO, F. A. et al. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, 33 (12), 2017.

NOGUEIRA, A. I.; CARREIRO, M. P. Obesidade de gravidez. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 23, n. 1, p. 88-98, 2013.

SOMAVILA, T.R. et al. Consumo alimentar de gestantes adolescentes das cinco regiões do Brasil: uma análise de dados secundários. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE, I., 2017, Santa Catarina. **Anais do I Congresso Internacional de Políticas Públicas**, Santa Catarina: Universidade Federal da Fronteira Sul, 2017.

SANTOS, M. M. A. S. et al. Estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso materno, condições da assistência pré-natal e desfechos perinatais adversos entre puérperas adolescentes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, p. 143-154, 2012.

SATO, A.P.S; FUJIMORE, E. Estado Nutricional e ganho de peso de gestantes. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 20 (3), 2012.

SAUNDERS, C.; NEVES, E. Q. C; ACCIOLY, E. Recomendações nutricionais na gestação. In: Accioly E, Saunders C, Lacerda E, organizadoras. **Nutrição em obstetria e pediatria**. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, p. 147-70, 2005.

KAUP, Z.O.L.; MERIGHI, M.A.B.; TSUNECHIRO, M. A. Evaluation of alcohol consumption during pregnancy. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 575, 580, 2005.

## PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E MOTIVAÇÃO DA ESCOLHA PROFISSIONAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARCEIRAS DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO

### **Sílvia Patrícia Ribeiro Vieira**

Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Enfermagem  
Recife – Pernambuco

### **Suzane Brust de Jesus**

Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Enfermagem  
Recife – Pernambuco

### **Marciana Pereira Praia**

Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Enfermagem  
Recife – Pernambuco

### **Clara Fernanda Brust de Jesus**

Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Fisioterapia  
Recife – Pernambuco

**RESUMO:** A presente pesquisa busca conhecer o perfil sociodemográfico do Agente Comunitário de Saúde e entender quais os motivos que os levaram a essa escolha profissional e, caso pudessem escolher a profissão, se continuariam a ser ACS. Trata-se uma pesquisa quantitativa e qualitativa, realizada no município de Olinda. O instrumento de coleta foi um questionário, respondido a próprio punho pelos Agente Comunitário de Saúde na própria Unidade Básica de Saúde, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como resultados percebeu-se que a maioria

dos profissionais são mulheres entre 50-60 anos, ensino médio completo, mais de 15 anos na função, ingressaram através de seleção, vínculo empregatício efetivo, a maioria não possui outro emprego, moram na comunidade, acompanham mais de 150 famílias, a maioria passou por Curso Introdutório e realizaram mais de seis capacitações. Sobre a profissão anterior, a grande maioria trabalhava como prestador de serviço. O principal motivo que os levaram a escolha da profissão foi o desemprego, seguido por desejo de convívio com a comunidade onde residem e de ajudar a comunidade e muitos gostariam de continuar na profissão. Diante do exposto concluímos que a atividade do Agente Comunitário de Saúde é muito importante, pois faz a ligação entre a equipe de saúde e a comunidade. E para que ele faça um bom trabalho é importante que tenha perfil e motivação, tornando-se esse fato um desafio para os gestores.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde; Agente de Saúde Comunitário; Motivação.

**ABSTRACT:** The research aimed to understand the Community Health Agent (Agente Comunitário de Saúde, ACS) sociodemographic profile and the reasons that led the participants to this very professional choice, taking into account the possibility of choosing another career. The qualitative and quantitative data were collected

in the municipality of Olinda. By agreeing with terms of consent (TCLE), participants were asked to answer a questionnaire. The research presented that most professionals are women varying in age from 50-60, High school degree, employees with a work contract with more than 15 years of work experience, the majority of the participants don't have a secondary job, live in suburbs, attending more than 150 families, the majority went to an introductory course and took six or more training classes. About the previous profession, the vast majority did not have a work contract. The main reason that led the participants to the current professional choice was unemployment, followed by the desire to work among and serve the community they reside, and many would like to persist in the job. On the foregoing, we verify the ACS work is very important as it links the public health workers to the community. The ACS needs to be motivated and fit the professional profile to perform a good job, making it a challenge for the managers.

**KEYWORDS:** Primary Healthcare; Community Health Agent; Motivation.

## 1 | INTRODUÇÃO

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado em 1991, introduziu uma série de práticas em saúde, e foi a partir desse contexto que se passou a ter um novo olhar sobre a família, deixando para trás o modelo que enfocava somente o indivíduo. (SILVA JA, 2001).

Dentro desse programa, que é composto por uma equipe multiprofissional, onde atua médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, é que surge um novo ator o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Esse personagem ímpar é geralmente o primeiro elo da atenção básica, uma vez que assume um papel diferenciado dentro do cenário do sistema de saúde. Por fazer parte da comunidade, o ACS permite o fortalecimento do vínculo com a família, proporcionando dessa forma a aproximação das ações de saúde no âmbito familiar, e tal fato aumenta sensivelmente a capacidade da população de enfrentar os problemas existentes.

Segundo o Ministério da Saúde (1995), “O ACS é um trabalhador que integra a equipe de saúde local, auxiliando as pessoas a cuidarem da própria saúde, por meio de ações individuais e coletivas”. A inserção do ACS, como força de trabalho do Sistema Único de Saúde, vem contribuindo para a concretização do processo de municipalização da saúde, bem como para a definição da proposta do Ministério da Saúde em relação a esse profissional, qual seja, “a prestação de cuidados primários de saúde para aumentar a cobertura de atendimento à população”. (FORTES, 2002).

Segundo Carvalho (2005), o SUS está fadado ao fracasso se não dispuser de recursos humanos qualificados, valorizados, comprometidos e acima de tudo, conscientes da importância do seu papel como agente transformador na melhoria da qualidade de saúde e de vida. Assim, tendo o ACS como o elo que liga a comunidade a equipe de saúde, faz-se necessário conhecer melhor quem é esse profissional, e é isto que se busca com a presente pesquisa, traçar o perfil sociodemográfico, bem como

entender quais os motivos que o levaram a se tornar um ACS.

Para tanto essa pesquisa teve como objetivo identificar o perfil sociodemográfico do Agente Comunitário de Saúde e a razão e descrever os motivos que levaram os Agentes Comunitários de Saúde a escolherem essa profissão.

Neste estudo foram utilizadas as abordagens de pesquisa quantitativa e qualitativa, caracterizada por pesquisa de campo, realizada no município de Olinda, no período compreendido entre setembro a novembro de 2016. A cidade atualmente possui 41 Unidades de Saúde da Família, das quais foram utilizadas como sujeitos da pesquisa as 06 unidades cedidas para aulas práticas dos cursos de Medicina e Enfermagem da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), mediante convênio, a saber: Jardim Brasil I e II, Ilha de Santana I e II, COHAB- Peixinhos I, II e III, Vila Popular, Salgadinho e Bonsucesso II.

Para critério de inclusão dos sujeitos na amostra, definiu-se os ACS trabalhadores das 06 equipes das USF especificadas independente do tempo de atuação, idade e sexo. Já para os critérios de exclusão foram considerados os ACS em licença ou férias no período de coleta de dados ou os que se recusaram a participar da pesquisa. Após a aplicação dos critérios mencionados anteriormente, os respondentes foram 96% (n=76) de um total de 80 ACS, que responderam a 1ª parte do questionário e 72% (n= 57) que responderam a 2ª parte do mesmo.

Para a realização da pesquisa, o instrumento de coleta de dados utilizado, foi um questionário, composto por duas partes: a primeira parte é formada por perguntas fechadas com opções de respostas de modo a obter um panorama do perfil sociodemográfico desses profissionais. Na segunda fase da pesquisa, o questionário foi composto por sete questões abertas que abordaram os aspectos da percepção do ACS na prática do seu trabalho, de uma forma mais subjetiva, que o responderam a próprio punho. Todos os questionários foram aplicados aos ACS na Unidade de Saúde da Família, após a explicação dos objetivos, e mediante a leitura e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

No que diz respeito à segunda parte do questionário, foi feita uma transcrição literal na íntegra das respostas, onde as mesmas foram consolidadas e categorizadas segundo a ideia central da afirmação. Vale ressaltar que todas as falas encontram-se em anexo e que somente foram compiladas no corpo do texto duas falas de cada categoria. Os ACS foram numerados aleatoriamente e na reprodução das falas, se fez a seguinte apresentação: ACS1, ACS2, ACS3 e assim sucessivamente.

A coleta dos dados foi realizada no período de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017, que foram posteriormente consolidados e analisados dentro do método quantitativo e qualitativo. Ademais, depois da redação do relatório final, a equipe disponibilizou os resultados para outros alunos da instituição, à Secretaria de Saúde do município de Olinda, aos Agentes Comunitários de Saúde, UBS e demais interessados.

## 2 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados a seguir são resultados das análises feitas através do presente estudo, do qual participaram 76 (96%) dos ACS pertencentes às 06 Unidades de Saúde da Família do município de Olinda/PE cedidas para as aulas práticas dos cursos de Medicina e Enfermagem da Unicap, mediante convênio, a saber: Jardim Brasil I e II, Ilha de Santana I e II, COHAB- Peixinhos I, II e III, Vila Popular, Salgadinho e Bonsucesso II.

Os resultados foram divididos em três blocos quais sejam: (1) Perfil sociodemográfico do ACS; (2) A motivação do ACS em escolher a profissão e (3) Se não fosse ACS qual profissão escolheria.

### 2.1 Perfil sócio-demográfico de ACS

Em relação ao perfil sócio-demográfico dos ACS colhemos os seguintes dados:

Unidades	Total	Respondentes	%
Bonsucesso	8	8	100
Cohab-peixinhos	22	21	95
Ilha de Santana	16	15	94
Jardim brasil	16	14	88
Salgadinho	13	13	100
Vila popular	5	5	100
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>76</b>	<b>96</b>

Tabela 1 – Número de Agentes Comunitários de Saúde de Olinda que responderam ao questionário, segundo Unidade Básica de Saúde, 2016.

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 1 mostra a distribuição de ACS lotados na UBSs. Percebe-se que a UBS que mais possui ACS é a de COHAB - Peixinhos I, II e II com 22 ACS, sendo que participaram da pesquisa 21 ACS (95%). Ressalta-se que nessa UBS atuam três (3) equipes. A seguir a UBS de Ilha de Santana I e II que possui 16 ACS sendo que 15 participaram da pesquisa (94%), nesta unidade existem 2 equipes. A UBS de Jardim Brasil I e II tem 16 ACS, participaram da pesquisa 14 (88%), sendo que nesta UBS existem 2 equipes. Na UBS de Salgadinho I e II tem 13 ACS e todos participaram da pesquisa (100%). A UBS de Bonsucesso I tem 8 ACS e todos participaram da pesquisa (100%). E por fim a UBS de Vila Popular I que tem 5 ACS e todos participaram da pesquisa (100%).

A distribuição dos ACS deve obedecer aos parâmetros do Ministério da Saúde (MS), refletindo em uma alocação maior naqueles espaços territoriais com maior número de famílias e, conseqüentemente, maior número de equipes do PSF atuantes de acordo com a Portaria nº 648/GM de 28/03/2006/ PNAB Política Nacional de Atenção Básica (MS, 2002). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) diz que o

número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, assim cada Agente Comunitário deve ser responsável por no máximo 750 pessoas, ou seja, 150 famílias e que cada Equipe de Saúde da Família deve ter no máximo 12 ACS (MS, 2002). Assim pode se observar que todas as unidades participantes da pesquisa estão cumprindo o que preconiza o MS, ou seja, no máximo 12 ACS por equipe de saúde.

<b>Idades</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
< 20 anos	0	0
20 – 30 anos	0	0
30 – 40 anos	12	15,8
40 – 50 anos	28	36,8
50 – 60 anos	29	38,2
(+) 60 anos	7	9,2
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>
<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	13	17,1
Feminino	63	82,9
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>
<b>Escolaridade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ensino fundamental	3	3,9
Ensino médio incompleto	1	1,3
Ensino médio completo	51	67,1
Ensino superior incompleto	10	13,2
Ensino superior completo	10	13,2
Outro	1	1,3
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Tabela 2 – Número de Agentes Comunitários de Saúde de Olinda, segundo idade, sexo e escolaridade, 2016.

Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 2, observa-se que 29 (38,2%) dos ACS estão na faixa etária de 50-60 anos, seguido de 40-50 anos, 28 (36,8%) e 12 ACS (15,8 %) estão na faixa etária de 30-40 anos. Vale registrar que o MS preconiza apenas idade mínima acima de 18 anos, porém não estabelece limite máximo.

Com relação à faixa etária Mota e David (2010), relatam que 63% de sua amostra é composta de adultos jovens entre 26 e 40 anos, fato também observado na pesquisa de Santana et al, 2009 onde 85% da amostra estavam na faixa etária de 20 a 49 anos. Corroborando com a nossa tese, Ferraz e Aerts (2005), relatam o cotidiano de trabalho dos ACS de Porto Alegre, e concluem que 71% de sua amostra tem entre 30 a 40 anos e eles relacionam este achado com o fato de que quando foi criado o PSF foram convidados para ser ACS os presidentes de associação de moradores e líderes comunitários, pois já desenvolviam atividades em prol da comunidade, e segundo este mesmo autor ser ACS foi a oportunidade de reingresso no mercado de trabalho.

(FERRAZ; AERTS,2005)

Os dados do estudo demonstram que os Agentes Comunitários de Saúde com mais idade tendem a conhecer melhor a comunidade, tendo assim maior vínculo e experiência para atendê-los.

Quanto ao sexo, observa-se a predominância do sexo feminino 82,9% (n=63), como mostra a tabela 2. Trata-se de uma profissão majoritariamente feminina, pois o cuidar desde sua origem sempre foi ligado a figura feminina. Sabemos que os ACS surgiram no Ceará com a contratação de uma frente de trabalho de mulheres para ajudar a combater os problemas decorrentes da seca. Colaborando com esse pensamento, Santana et al,(2009) em pesquisa de caráter qualitativo descreve as principais características dos ACS do município de Sete Lagoas-MG. Eles concluíram nesta pesquisa que 85% dos ACS são do sexo feminino, porcentagem também observada no estudo de Mota e David(2010), na cidade do Rio de Janeiro, observando que 82% de sua amostra eram compostas por mulheres. Mota e David (2010) associam o trabalho do ACS ao trabalho doméstico feminino que, segundo os mesmos, possui uma inclinação historicamente reconhecida para o cuidado em saúde. Santana et al, (2009) relacionam o elevado número de mulheres na profissão de ACS com achados históricos e relatam em sua pesquisa que, em razão da mulher ser vista na Idade Média como cuidadora, isto que pode ter suscitado maior adesão ao cuidado por parte delas.

Outro dado que merece discussão é a escolaridade dos ACS participantes da pesquisa. Destaca-se que a maioria apresenta escolaridade de ensino médio completo 67,1% (n=51), seguido de 13,2% (n=10) com ensino superior completo e 13,2% (n=10) com ensino superior incompleto. A lei que regula a profissão de ACS exige, para o exercício da função, ensino fundamental completo. A escolarização ainda se apresenta como um aspecto que vem mudando ao passar dos anos de existência desse trabalhador dos SUS. Mota e David (2010) relatam em sua pesquisa que quando surgiu o PSF 9,6% dos ACS possuíam apenas o ensino fundamental e atualmente este índice é de 2,7%. Hoje o nível de instrução predominante é o médio, fato que colabora com o encontrado em nossa pesquisa. Outro estudo considera que, quando maior o grau de escolaridade mais condições terá o agente de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade (FERRAZ;AERTS,2005).

<b>Tempo de ACS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
< 5 anos	0	0
5- 10 anos	9	11,84
10- 15 anos	20	22,31
15- 20 anos	23	30,26
(+) 20 anos	23	30,26
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>
<b>Entrada no Programa</b>	<b>N</b>	<b>%</b>

Seleção	57	75,00
Indicação política	14	18,42
Outros	5	6,58
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>
<b>Vínculo trabalhista</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Estatutário	56	73,68
Contrato	17	22,37
Outros	2	2,63
Não respondeu	1	1,32
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>
<b>Tem outro emprego</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	6	7,89
Não	70	92,10
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Tabela 3 – Número de Agentes Comunitários de Saúde de Olinda segundo tempo de profissão, forma de entrada no programa, vínculos empregatício e se possui outro emprego, 2016.

Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 3, referente ao tempo de serviço como ACS encontramos que 30,3% dos entrevistados encontram-se na faixa de 15 a 20 anos de serviço e que também com o mesmo percentual outro grupo com mais de 20 anos na função perfazendo um total de 60,6%, seguido da faixa de 10-15 anos com 26,3% (n=20) demonstrando que a grande maioria encontra-se na faixa de mais de 15 anos exercendo a função. Isso é um bom indicador, pois mostra que são pessoas experientes e conhecedores dos problemas e necessidades da microárea de sua responsabilidade. (SILVA; SANTOS, 2003)

Considera-se que quanto maior o tempo trabalhado com ACS maior será sua contribuição para Equipe de Saúde da Família, devido ele conhecer melhor a comunidade e suas necessidades de saúde. O tempo de permanência no Programa é importante para o entendimento do papel do agente, que é construído nas suas práticas cotidianas e na integração com a comunidade (FERRAZ; AERTS, 2005).

Sobre o tema como entrou no programa, encontramos que 75% (n=57) teve seu ingresso no programa através de seleção, seguido de 18,4% (n=14) que ingressaram através de indicação política e apenas 6% (n=5) por outra forma. Vale ressaltar que a situação do ACS é diferente da dos demais servidores públicos, pois possui como aspectos fundamentais: solidariedade e liderança, a necessidade de residir na própria comunidade e o conhecimento da realidade social que o cerca. Segundo Ferraz e Aerts (2005), em estudo no município de Porto Alegre enfatizam que todos os agentes comunitários passaram por um processo seletivo, o que acaba se refletindo no nível de escolaridade, pois a maioria apresentava o ensino fundamental completo. Importante salientar que quanto maior o grau de escolaridade mais condições terá o agente de incorporar novos conhecimentos e melhor orientar as famílias que encontram-se sob sua responsabilidade.

A respeito da forma de vínculo empregatício, 73,7% (n=56) dos ACS possuem vínculo efetivo, ou seja, submetem-se ao regime jurídico municipal, e que 22,4%(n=17) seguem o que está estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. Coube à Lei nº 11.350/2006 regulamentar o § 5º do art. 198 da CF, prevendo, em seu art. 8º, que “os Agentes Comunitários de Saúde admitidos pelos gestores locais do SUS e pela Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, na forma do disposto no § 4º do art. 198 da Constituição, submetem-se ao regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, salvo se, no caso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, lei local dispuser de forma diversa”. Os trabalhadores estatutários seguem o Regime Jurídico e são trabalhadores efetivos (servidores públicos), com estabilidade no emprego após três anos de admissão e que passam por avaliações de desempenho. Têm direitos como férias, décimo terceiro salário, afastamento para tratamento de saúde, insalubridade, licenças sem vencimento e para estudo e aposentadoria.

Pela análise das respostas ao quesito ter outro emprego além de ser ACS, verificamos que uma parcela significativa dos entrevistados 92,1% (n=70) se dedicam às funções de ACS exclusivamente, até mesmo porque a jornada deles é de oito horas diárias, sendo que 7,9% (n=6) exercem outras atividades a saber: vigilante, técnica de enfermagem, cuidadora e manicure. Tais funções podem ser exercidas concomitantemente com a de ACS, pois todas essas profissões elencadas estão diretamente ligadas ao contato com o público, ponto em comum com a função de ACS.

<b>Profissão anterior</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Prestadores de serviços	29	38,1
Comerciários	10	13,1
Educação	9	11,8
Do lar	7	9,2
Saúde	4	5,3
Líder comunitário	2	2,6
Desempregado	6	7,9
Autônomo	3	3,9
Estudante	1	1,3
Limpeza	3	3,9
Não respondeu	2	2,6
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Tabela 4 – Número de Agentes Comunitários de Saúde de Olinda, segundo

Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 4 foi analisada a questão sobre profissão anterior a ser ACS, onde obtivemos como resultado que 38,1% (n=29) trabalhavam como prestadores de serviço, seguido por 13,1% (n=10) que eram comerciários e 11,8% (n=9) que trabalhavam na área da educação. A maioria, antes de se tornar ACS e de assumir o trabalho em saúde, desenvolvia atividades ligadas a prestação de serviço, demonstrando assim

que tinha vinculação direta com o público. Vale ressaltar que 5,3%(n=4) trabalhavam na área de saúde antes de ser ACS. A insuficiência ou até a escassez de mercado de trabalho para todas essas ocupações e ou profissões pode nos ajudar a explicar a escolha pela ocupação de agente comunitário de saúde. (SILVA;SANTOS,2003)

<b>Mora na comunidade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	73	96,1
Não	1	1,3
Outro	2	2,6
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>
<b>Quantidade de famílias</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
< 150	0	0
150- 200	37	48,7
200- 250	31	40,8
(+) 250	8	10,5
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Tabela 5 – Número de Agentes Comunitários de Saúde de Olinda segundo local de moradia e quantidade de famílias, 2016.

Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 5, sobre o tema morar na comunidade encontramos que 96,1% (n=73) dos entrevistados residem na comunidade, fato que também foi relatado em outras pesquisas. Várias pesquisas apontam que residir na área em que atua faz com que o Agente Comunitário de Saúde torne-se um trabalhador com características especiais, pois exerce a função de elo entre a equip e de saúde e a comunidade vivenciando o cotidiano com intensidade.(LANZONI; MEIRELLES, 2010;AERTS, 2005;BRAND; ANTUNES; FONTANA,2010; MOTA; DAVID,2010).

Para o Ministério da Saúde o ACS é o trabalhador da área de saúde que está em contato permanente com a comunidade, unindo dois universos culturais distintos, o científico e o popular, atuando com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças. Deve residir na própria comunidade em que vive, ser maior de 18 anos, saber ler e escrever, ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades, e entre outras atribuições, trabalhar com famílias em base geográfica definida e realizar o cadastramento e acompanhamento das famílias. Esse trabalhador atua para identificar problemas, orientar, encaminhar e acompanhar a realização dos procedimentos necessários à proteção, promoção, recuperação e à reabilitação da saúde dos moradores de cada casa sob sua responsabilidade, assim como de toda a comunidade. (MS,2002)

Sobre a quantidade de famílias acompanhadas pelo ACS, tivemos como resultado que 48,7% (n=37) acompanha entre 150 a 200 famílias, seguido por 40,8% (n=31) com 200 a 250 famílias e 10,5% (n=8) acompanhando mais de 250 famílias. Esses

valores contrariam o que estabelece o Ministério da Saúde, onde cada ACS deve ser responsável por no máximo 150 famílias ou 750 pessoas, conforme o estabelecido na Portaria nº648/2006. Essa situação também foi evidenciada no estudo de Ferraz e Aerts (2005). É importante salientar que o grande número de pessoas/famílias por ACS gera uma sobrecarga de trabalho sobre os mesmos, dificultando, assim, os processos de trabalho, comprometendo a qualidade da atenção. (FERRAZ; AERTS, 2005)

<b>Curso Introdutório</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	52	68,42
Não	19	25,00
Não lembro	5	6,58
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>
<b>Capacitações</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não	0	0
1-3	6	7,89
4-6	3	3,95
(+) 6	67	88,16
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Tabela 6– Número de Agentes Comunitários de Saúde de Olinda segundo o número de capacitações realizadas, 2016.

Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 6 foi analisado sobre quem tinha participado do *Curso Introdutório*, onde 68,4% (n=52) responderam que realizaram, estando de acordo com o estabelecido na Lei nº 11.350/2006. A realização do mesmo é um dos pré-requisitos para se tornar ACS, se tornando uma etapa do processo seletivo.

A respeito das *capacitações*, 88,2% (n=67) dos ACS participantes da pesquisa responderam que realizaram mais de seis capacitações, que 7,9% (n=6) realizaram de 1-3 capacitações, seguidos por 3,9% (n=3) que realizaram de 4 a 6 capacitações desde que entraram na profissão. Percebe-se que a maioria participou de mais 6 capacitações desde que assumiram a função, porém é necessário que essas sejam contínuas, em serviço também, pois eles necessitam ser constantemente atualizados nas questões referentes a saúde da população. Durante a entrevista, muitos ACS referiram sentir falta dessas capacitações que são de extrema importância para o melhor desempenho do seu trabalho. Sugere-se a criação de um núcleo de educação permanente onde o ACS possa receber a capacitação adequada, para que dessa forma tenha melhores condições de repassar as informações.

## 2.2 Motivação do ACS em escolher a profissão

Para consolidar as respostas dos ACS, todas as falas foram listadas e escolhida uma categoria que representasse o grupo.

Em relação aos motivos que os levaram a escolher a profissão de ACS,

encontramos as seguintes categorias: desemprego (n=14), convívio com a comunidade (n=14), ajudar a comunidade (n=12), oportunidade (n=7), vontade de ser ACS (n=6) e casualidade (n=4).

Na primeira categoria, os ACS apontaram o **desemprego** como sendo o principal motivo de se candidatar a função, conforme se pode observar nos fragmentos abaixo:

“O desemprego! Estava desempregado o que aparecia de oportunidade, tentava, aí conseqüentemente fui aprovado para ACS”. (ACS 15).

“No momento da inscrição para o cargo de ACS estava desempregado”. (ACS 13)

Em seguida, como segunda categoria foi apontado o **convívio com a comunidade**, como motivo para se tornar ACS. O fato de conviver na comunidade faz com que eles compreendam melhor as dificuldades nela existentes. Os fragmentos que se seguem exemplificam tal situação:

“Por conhecer os problemas existente na comunidade”. (ACS 40).

“Já fazia alguns serviços voluntario na comunidade fazia parte do conselho de moradores a mais de 10 anos”. (ACS 62)

Na terceira categoria **ajudar a comunidade** foi outro motivo elencado pelos agentes comunitários, pois poder de alguma forma contribuir para a melhoria é algo gratificante. Isso pode ser observado nos fragmentos abaixo:

“Ajudar a comunidade e levar as informações, sobre a saúde orientar e as famílias”. (ACS 24)

“Poder ajudar as pessoas, pois amo o que faço”. (ACS 44).

A quarta categoria teve como outro motivo citado por eles a **oportunidade**, ou seja, encontraram na função uma forma de ingressar no mercado de trabalho, de ajudar a sua comunidade. Os fragmentos a seguir exemplificam o fato:

“Inicialmente foi a oportunidade que me deram. Depois comecei a gostar de ajudar os pacientes”. (ACS 52)

“Foi a oportunidade que apareceu para ajudar a comunidade”. (ACS 53)

Na quinta categoria a **vontade de ser ACS** foi apontada por eles como motivo de ingresso na profissão. A possibilidade de fazer parte do quadro de saúde e poder cuidar da comunidade foi o que motivou na hora de escolher a função. Tal fato pode ser comprovado pelos fragmentos abaixo:

“Sonho de ser funcionaria da saúde, pra ter condição de cuidar da saúde das pessoas sem condições”. (ACS 54)

“Sempre queria ser acho muito lindo essa profissional”. (ACS 55)

E na última categoria eleita pelos ACS como motivo de sua escolha ficou a **casualidade**, ou seja, ingressar na função sem realmente saber o que era a profissão.

Os fragmentos abaixo exemplificam essa escolha:

“Me inscrevi por inscrever, nem sabia o que era, pois correspondia aos pré-requisitos mínimos”. ( ACS 9)

“Puro acaso, que nem sei como explicar, fiz a seleção e entrei primeiro como contrato depois fui efetivado por conta da seleção”. ( ACS 45)

Ao revelarem os motivos que os levaram a ser ACS, destacam o desemprego, o convívio com a comunidade, ajudar a comunidade, oportunidade, vontade de ser ACS e casualidade. Percebe-se claramente pelas falas dos ACS que o desemprego e o fato de conviver com a comunidade são os fatores que mais impulsionam as pessoas a se tornarem Agentes Comunitários, pois por morarem na comunidade eles mais do que ninguém conhecem todos os problemas que nela existem, assim o fato de tornar-se um ACS, representa uma forma de melhorar o ambiente onde ele vive, é a chance de fazer algo diferente, enfim ser um agente de mudanças.

Com relação ao motivo ajudar a comunidade, eles revelam que ser ACS representa algo gratificante, é como se eles tivessem a chance de oferecer algo melhor através do seu trabalho.

Observa-se na fala dos ACS que a questão da oportunidade como motivo de ingresso na função está intimamente ligado com o fator desemprego onde ser ACS representa uma forma de voltar ao mercado de trabalho.

Quanto a vontade de ser ACS, muitos deles revelaram que fazer parte da equipe de saúde é algo de extrema importância, pois podem cuidar das pessoas e levar informações sobre saúde.

E por fim o motivo casualidade , ou seja, alguns entraram na profissão sem saber o que ela significava, sem conhecer a importância do seu trabalho para comunidade.

### 2.3 Mudança de profissão

Os Agentes Comunitários também foram questionados sobre, caso pudessem escolher a profissão, se eles continuariam a ser ACS, e a maioria respondeu que sim, elencando como principais motivos para continuar na profissão o fato de amar trabalhar com a comunidade, satisfação pelo que fazia, poder ajudar as pessoas, por não se ver em outra profissão, por ser ao mesmo tempo médico e psicólogo dentro da sua comunidade. Enfim, que continuariam a amar o que faziam e viam na profissão a possibilidade de ajudar a sua área. Os poucos que responderam que deixariam de ser ACS, elencaram como motivos a falta de respeito da gestão, falta de comprometimento da equipe, da gestão e do próprio Município em atender suas solicitações à partir da demanda gerada em suas visitas domiciliares, e por não verem perspectiva de crescimento profissional.

Nessa perspectiva é importante salientar que qualquer que seja o motivo de ingresso, é de suma importância que o Agente Comunitário de Saúde conheça o real objetivo de sua profissão, pois seu papel é de fundamental importância dentro da equipe de saúde, uma vez que ele representa ao mesmo tempo

a comunidade e a equipe de saúde, sendo esse ser único e híbrido que transita entre dois universos.

## CONCLUSÃO

O estudo alcançou os objetivos propostos e diante dos resultados obtidos é muito importante que sejam revistas algumas questões que angustiam o ACS, como por exemplo, a quantidade de famílias acompanhadas por cada um, pois o número excessivo compromete o trabalho realizado, como também prejudica a população, uma vez que o atendimento torna-se precário e muitas impossível de ser realizado.

Esse estudo também apresenta um grande desafio para os gestores, no que se refere a necessidade de suprir a demanda gerada pelo trabalho do ACS evitando o desânimo quando não veem seus encaminhamentos e solicitações acolhidos e resolvidos. E também, a necessidade de educação continuada, oferecendo cursos de capacitação aos ACS, visando aprimorar o potencial de cada um e, permitindo com isso, mais habilidade no manejo com os indivíduos da comunidade, uma vez que qualificação/capacitação do profissional de saúde é um dos desafios para que se alcance maior qualidade dos serviços de saúde.

Logo, conhecendo o perfil sociodemográfico dos agentes comunitários e suas principais características é possível identificar suas fortalezas e fragilidades, para com isso obter um melhor aproveitamento do seu desempenho dentro da unidade de saúde. Espera-se com este trabalho contribuir para a produção de um conhecimento que possibilite o desenvolvimento de práticas atuais, reflexivas e capazes de trazer ao agente comunitário de saúde benefícios no desenvolvimento de seu trabalho, além de instigar novos questionamentos e estudos futuros.

Vale ressaltar que será de grande valia para todos os cursos da área de saúde, conhecer o perfil do ACS e os motivos que o levaram a escolher essa profissão, pois isso irá permitir que se relacionem melhor com esse profissional e possam trazer contribuições eficazes para o trabalho do ACS.

## REFERÊNCIAS

BRAND, Cátia Inácia; ANTUNES, Raquel Martins. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Cogitare Enfermagem**. UFPR, Paraná. Jan/Mar 2010; 15(1): 40-7.

CARVALHO GI, SANTOS L. **Sistema Único de Saúde**: comentários à lei orgânica da saúde (leis nº 8080/90 e 8142/90). Campinas: Editora da Unicamp; 2002.

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise R. G. de Castro. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Revista Ciência Saúde Coletiva** [online]. 2005, vol.10, n.2, pp. 347-355. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em: 28 de abril de 2010.

FORTES, M. R. S. **Enfermagem na promoção dos cuidados primários na saúde pública**. São Paulo: Everest, 2002.

LANZONI, Gabriela M. de Melo; MEIRELLES, Betina H. Schlindwein. Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do agente comunitário de saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v.11, n.2, p.140-151, abr. /jun.2010. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em: 28 de abril de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

\_\_\_\_\_. **Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família no Brasil**. Brasília (DF): 2002.

MOTA, Roberta R. Alencar; DAVID, Helena M. S. Leal. A crescente escolarização do Agente Comunitário de Saúde: uma Indução do Processo de trabalho? **Revista Trabalho e Educação em Saúde**. Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.229-248, jul./out.2010. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em: 05 de janeiro de 2011.

SANTANA, Júlio César Batista et al. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia saúde da Família. **Revista Cogitare Enfermagem**. UFPR, Paraná, 2009, Out/Dez; 14(4): 645-52. ISSN Eletrônico: 2176-9133

SILVA JA. **O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente da comunidade?** [tese]. São Paulo (SP); Faculdade de Saúde Pública/USP; 2001.

SILVA, H.; SANTOS, M.R. Perfil social dos agentes comunitários de saúde vinculados ao programa saúde da família da zona norte do município de Juiz de Fora. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.6, n.2, p.70-76, jul./dez. 2003.

## PRINCIPAIS DEMANDAS DE UM COMITÊ DE ÉTICA DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO PRIVADA

### **Luciana de Paula Lima e Schmidt de Andrade**

Universidade Estácio de Sá, Curso de Medicina e Vice-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Comitê de Ética em Pesquisa, Campus Presidente Vargas  
Rio de Janeiro – RJ

### **Grace Maria Brasil Fontanet**

Universidade Estácio de Sá, Vice-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Comitê de Ética em Pesquisa, Campus Presidente Vargas  
Rio de Janeiro – RJ

**RESUMO:** A exigência de certificação ética para publicações e apresentações de trabalhos envolvendo seres humanos como participantes de pesquisa, anteriormente específica das ciências da saúde, passou a vigorar também para as ciências humanas e sociais, e para tanto, dispomos agora da Resolução CNS 510/2016. O Comitê de Ética em Pesquisas de uma universidade privada do Estado do Rio de Janeiro passou a receber projetos de pesquisa principalmente de ciências humanas e vem se adaptando para analisar melhor os projetos recebidos. Com o objetivo de instruir os pesquisadores em suas submissões, o comitê decidiu identificar as áreas e cursos com maior número de projetos. A pesquisa foi realizada por consulta aos relatórios numéricos da Plataforma

Brasil e posterior identificação de autores, seus cursos e instituições. A maioria dos projetos aprovados na área da saúde foi submetida por professores de graduação, identificando-se aí os trabalhos de conclusão de curso. Já dentre os programas de pós-graduação, observou-se um número maior de projetos submetidos pela área de educação em relação à área da saúde. O levantamento revela a necessidade de uma composição multidisciplinar do comitê, do treinamento de cada membro ingressante e, do conhecimento das Resoluções 466/12 e 510/16. O comitê vem trabalhando nesse sentido através das renovações dos membros, objetivando a melhor e mais rápida análise de cada projeto enviado. Essa ação é acompanhada de oficinas para pesquisadores, elaboração de material didático, atendimento agendado na sede do comitê e manutenção de uma página virtual com informações sobre horários e reuniões mensais.

**PALAVRAS-CHAVE:** demandas, análise ética, ciências da saúde, ciências humanas

**ABSTRACT:** Demands of ethical certification for research projects have recently increased in Brazil due to obligations for publications and events presentations. Ethical certificates are no longer restricted to health sciences being now required for human sciences after the publication of Resolution 510/16. To help researchers with

their submissions, the Research Ethical Committee of a private university tried to identify areas and courses which submit more projects for analysis. The study was conducted using the numerical data from Plataforma Brasil, the official site of the National Ethical Committee. The majority of approved projects in health sciences were sent by undergraduate teachers and were identified as students conclusion monographs. Among the post graduation programs of our institution, education masters and doctoral program was responsible for more than 50% of submissions. The study revealed the need for a multidisciplinary composition in the committee, capacitation of each new member and the knowledge of resolutions 466/12 and 510/16. The committee works in this direction through the renovation of members, training workshops for researchers, elaboration of manuals, pre-booked attendance, and a home page with information on attendance schedules and meetin

**KEYWORDS:** demands, ethical analisys, health sciences, human sciences

## 1 | INTRODUÇÃO

O estudo aqui apresentado refere-se a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) de uma universidade privada do Estado do Rio de Janeiro. Este CEP foi criado para atender inicialmente as demandas de estudos realizados com pacientes em hospitais parceiros do curso de graduação em medicina. Logo em seguida, surgiu a necessidade de avaliação ética dos trabalhos de dissertação dos alunos do curso de mestrado em Saúde da Família. A partir de então, o CEP passou a receber projetos de outros cursos da área da saúde, a maioria de graduação. Logo após a implantação da Plataforma Brasil, o comitê sofreu mudanças em sua composição e endereço físico, e tornou-se mais visível aos pesquisadores através de sua página no portal da instituição. Ao mesmo tempo, os professores e pesquisadores dos cursos passaram a ser constantemente estimulados pela diretoria de pós-graduação e pesquisa a enviarem trabalhos para análise ética.

Com o aumento da demanda de projetos, os membros começaram a se deparar com estudos da área de ciências humanas e sociais, e o programa de pós-graduação em educação em muitos momentos superou o de saúde da família no número de envio de projetos. No entanto, as dúvidas dos pesquisadores que submetiam projetos eram grandes em relação à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Ao mesmo tempo, os membros do comitê estavam por demais habituados a tratar todos os projetos como sendo pertencentes à área da saúde.

As dificuldades com as normas das ciências da saúde quando utilizadas para as ciências humanas e sociais têm sido intensamente debatidas (GUERRIERO, 2016; MAINARDES, 2017). A Resolução 510/2016 (BRASIL, 2016b), específica das ciências humanas e sociais, auxilia bastante a análise dos projetos dessa área, mas não soluciona todas as etapas, pois o formulário da Plataforma Brasil ainda é específico para as ciências da saúde.

Nos últimos três anos as características de títulos e metodologias dos projetos recebidos em nosso comitê, assim como as datas de maior entrada em recepção, nos fizeram perceber que os mesmos deveriam ser trabalhos de conclusão de cursos de graduação (TCC). É importante mencionar que instituições de ensino privadas possuem um número ainda pequeno de cursos de pós-graduação *stricto sensu*, sendo caracterizadas principalmente pelo volume de cursos de graduação, pós-graduação *lato sensu* e cursos à distância. No caso da nossa universidade, com exceção dos cursos presenciais de graduação em medicina e odontologia, os demais cursos possuem TCC obrigatório.

O comitê teve interesse em identificar entre os projetos recebidos, qual sua maior demanda de análise, para tentar atingir os pesquisadores e auxiliá-los na diminuição de pendências na submissão de projetos.

## 2 | METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado a partir dos dados numéricos da Plataforma Brasil normalmente utilizados para os relatórios semestrais ou anuais enviados à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) pelos comitês de ética em pesquisa (CEPs).

A pesquisa foi realizada para os anos de 2015, 2016 e 2017. Para tanto a consulta foi realizada na aba CEP/Relatórios/Relatórios da Plataforma Brasil, escolhendo-se em relatórios emitidos, os pareceres consubstanciados. Optou-se por gerar relatório em arquivo do programa Excel®.

A partir daí, fez-se a exclusão dos protocolos de pesquisa com certificado de apresentação para apreciação ética (CAAE) repetidos, que são aqueles que ficam pendentes e podem reaparecer no relatório.

O trabalho seguinte foi identificar os professores e alunos dos programas de pós-graduação em educação, saúde da família, odontologia e direito, os professores de graduação e aqueles que não pertenciam à universidade sediada no Rio de Janeiro, e sim à outras instituições de ensino superior (IES) do grupo localizadas em outros estados. Essa última etapa foi realizada apenas para os anos de 2016 e 2017.

## 3 | RESULTADOS

A situação de projetos submetidos ao CEP de 2015 a 2017 é apresentada na figura 1. O número de projetos pendentes é grande e essa situação precisa ser analisada com cuidado.

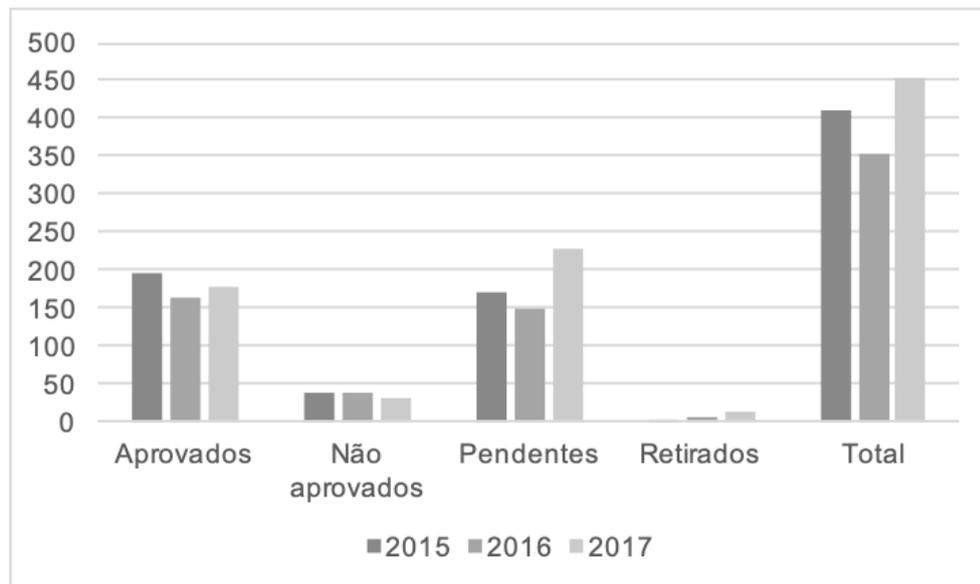


Figura 1: Situação de projetos analisados pelo CEP de 2015 a 2017.

Na figura 2, apresenta-se a distribuição do número de projetos aprovados por cursos em 2016. Percebe-se aí, que o maior número de projetos enviados para análise ética eram provenientes de professores dos cursos de graduação.

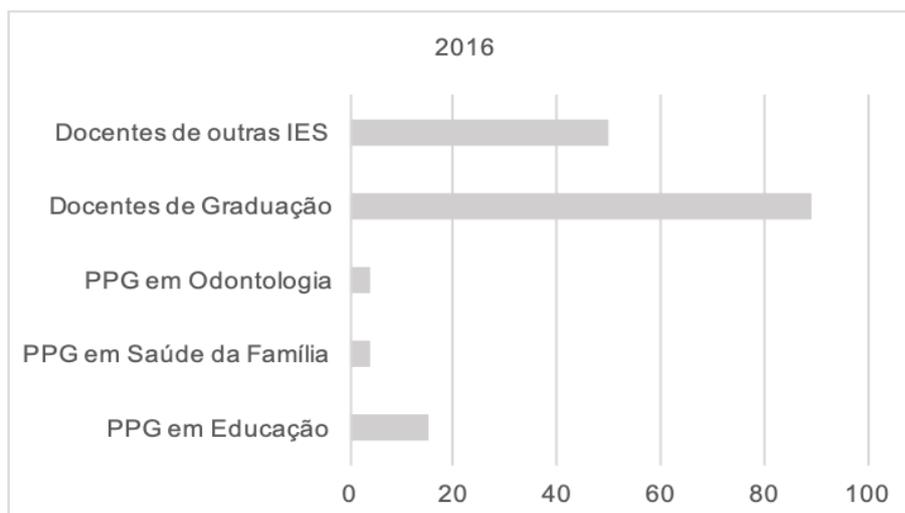


Figura 2: Distribuição de projetos aprovados por cursos em 2016.

Em 2017 os projetos submetidos e analisados somaram 453, sendo 179 aprovados. Entre os aprovados, conseguimos fazer a identificação por cursos de 148 que são apresentados na figura 3. Neste ano tivemos a submissão de 1 projeto do curso de pós-graduação em Direito.

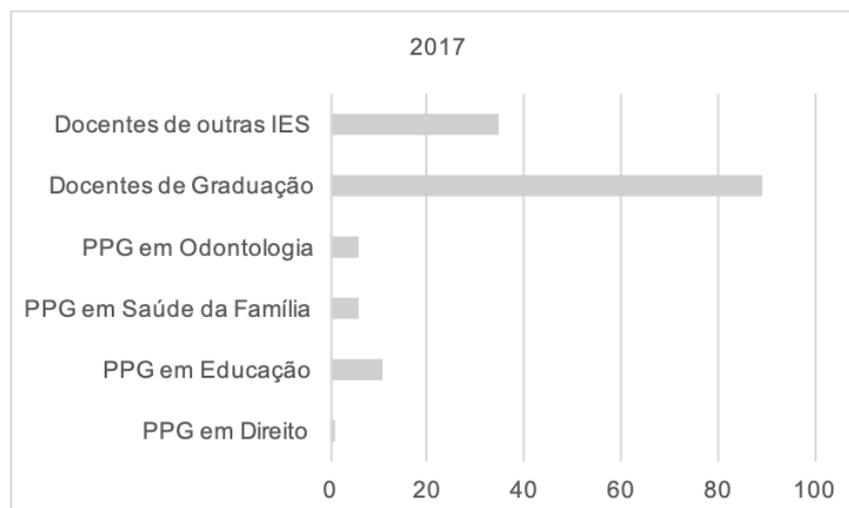


Figura 3: Distribuição de projetos aprovados por cursos em 2017.

Mais uma vez os resultados nos revelam uma maior quantidade de projetos submetidos pelos professores dos cursos de graduação.

#### 4 | DISCUSSÃO

A análise apresentada é bastante simples de ser realizada e indica a grande funcionalidade dos relatórios da Plataforma Brasil para o conhecimento de cada CEP. A opção de utilização dessa ferramenta nasceu da curiosidade do CEP em verificar suas verdadeiras demandas e poder discuti-las entre os membros e com os dirigentes da instituição.

Observando os resultados da distribuição entre cursos dos projetos submetidos em 2016 e 2017, verificamos uma repetição no padrão dessa distribuição. O programa de pós-graduação em Educação submete mais projetos do que o de Saúde da Família e o de Odontologia, refletindo a princípio um aumento dos projetos de Ciências Humanas e Sociais.

No entanto, o comitê tem conhecimento de que os projetos submetidos pelos cursos de graduação são em sua maioria da área da saúde. Nessa situação identificam-se os trabalhos de conclusão de curso. Trabalhos de conclusão de curso necessitam de aprovação rápida devido ao prazo de um semestre para o aluno realizá-lo. O comitê segue as normativas recomendadas e ignora essa situação, tratando todos da mesma forma. Em geral, os TCC são trabalhos para os quais o comitê deve prestar bastante atenção aos cronogramas, razão maior de suas pendências. Por outro lado, esses trabalhos envolvem riscos mínimos.

É importante lembrar que em 2015 durante o III Encontro Nacional de Comitês de Ética, foram formados grupos de trabalho para elaboração de novas resoluções. Os grupos visaram as resoluções sobre análise de projetos das ciências humanas e sociais, acreditação de comitês de ética, especificidades éticas das pesquisas de interesse do Sistema Único de Saúde e tipificação de riscos. Em fevereiro e abril

de 2016 respectivamente, foram homologadas as resoluções 506 (Processo de Acreditação de CEP) e 510 (Normas Aplicáveis a Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais) (BRASIL, 2016 a,b).

Atualmente em nosso CEP, percebe-se que mesmo os projetos da área da saúde, sejam de graduação ou pós-graduação, apresentam muitas vezes características metodológicas de ciências humanas e sociais, pois as pesquisas são realizadas através de entrevistas, sem necessariamente haver coleta de dados para análise ou qualquer outra intervenção com os participantes. Como muito bem lembrado por Francisco e Santana (2016 apud Oliveira, 2004), pesquisas podem ser realizadas com seres humanos ou em seres humanos. Nesse sentido, o seguimento rígido da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) tende a deixar os projetos sempre pendentes. A opção tem sido trabalhar com a Resolução 510/2016 (BRASIL, 2016b) mesmo em projetos da área da saúde quando esses fazem pesquisas com seres humanos. No entanto, nas avaliações, sente-se ainda muita falta de uma resolução para tipificação de riscos, motivo de dúvidas entre os pesquisadores e os próprios membros de comitês.

Alguns estudos sobre as principais características dos CEPs no Brasil revelam que a maioria dos comitês possui em sua composição um número maior de membros de ciências da saúde (FREITAS e NOVAES, 2010; JÁCOME, ARAUJO E GARRAFA, 2017). Nosso comitê em suas últimas alterações, tem buscado maior multidisciplinaridade de membros. No entanto ainda somos sete das Ciências da Saúde, quatro das Ciências Humanas e Sociais, uma representante dos participantes de pesquisa e uma secretária. Sendo assim, estamos inseridos nas caracterizações apontadas.

Por outro lado, entre nós há bastante diversidade de formação acadêmica, o que favorece as discussões nas reuniões. Essa diversidade também é uma outra característica encontrada por Jácome, Araujo e Garrafa (2017) para os comitês de ética brasileiros. De acordo com esses autores, as diferentes formações trazem às discussões diferentes visões morais que permitem o trabalho com novos referenciais da bioética como a teoria da complexidade e o respeito ao pluralismo moral (JÁCOME, ARAUJO E GARRAFA, 2017 apud GARRAFA 2007).

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os relatórios numéricos da Plataforma Brasil são uma excelente ferramenta para o conhecimento interno de cada CEP. O levantamento realizado a partir desses relatórios revelou a necessidade de ações do CEP para diminuição de pendências nos projetos submetidos. Os públicos identificados foram os professores de graduação e alunos de pós-graduação de Educação e Saúde da Família. Três oficinas foram oferecidas em 2018 para esse público, tendo sido duas delas realizadas em laboratório de informática, permitindo acesso à Plataforma Brasil para todos os alunos. O resultado

foi o cadastro de todos aqueles que assistiram às aulas.

Outras ações do comitê em busca da diminuição de dúvidas na submissão de projetos e de pendências desnecessárias são a manutenção da multidisciplinaridade de seus membros, a promessa de cumprimento dos prazos de análise, o atendimento presencial a pesquisadores com dúvidas por agendamento prévio e a manutenção da página virtual no portal da instituição com nossas informações. Essas ações têm promovido empatia entre os pesquisadores e o comitê, antes visto como uma desagradável formalidade.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Resolução nº 506 de 3 de fevereiro de 2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 2016 a.

BRASIL. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 2016 b.

FRANCISCO, D.J.; SANTANA, L. Resolução 510/2016: Reflexões desde a inserção em um Comitê de Ética em Pesquisa. **Revista Mundaú**, 2: 67-79, 2017.

FREITAS, C.D.B.; NOVAES, H.M.D. Lideranças de comitês de ética em pesquisa no Brasil: perfil e atuação. **Rev. bioét.** (Impr.), 18 (1): 185-200, 2010.

GUERRIERO, I.C.Z. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. **Ciência e Saúde Coletiva**, 21 (8): 2619-2629, 2016.

JÁCOME, M.Q.D.; ARAUJO, T.C.C.F.; GARRAFA, W. Comitês de Ética no Brasil: estudo com coordenadores. **Rev. bioét.** (Impr.), 25 (1): 61-71, 2017.

MAINARDES, J. A ética na pesquisa em educação: panorama e desafios pós-Resolução CNS nº 510/2016. **Educação** (Porto Alegre), 40 (2): 160-173, 2017.

## PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

### **Andréia Gonçalves dos Santos**

Discentes do curso de graduação em Medicina do Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC Araguari.

### **Cleidiney Alves e Silva**

Discentes do curso de graduação em Medicina do Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC Araguari.

### **Jéssica de Carvalho Antunes Barreira**

Discentes do curso de graduação em Medicina do Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC Araguari.

### **Jackeline Ribeiro Oliveira Guidoux**

Médicos docentes do Curso de Medicina do Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC Araguari.

### **Thales Resende Damião**

Médicos docentes do Curso de Medicina do Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC Araguari.

### **Gustavo Nader Guidoux**

Médicos docentes do Curso de Medicina do Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC Araguari.

### **RESUMO: JUSTIFICATIVA E OBJETIVO:**

A cirurgia é um procedimento diagnóstico e/ou terapêutico utilizado em uma variedade de distúrbios fisiopatológicos que possam cursar com ameaças reais à saúde ou sofrimento a um indivíduo e implica na remoção ou reparação

de um órgão ou parte deste. O Centro Cirúrgico é definido como um ambiente que integra o conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, recuperação anestésica e pós-operatória. O presente estudo destina-se a analisar os procedimentos cirúrgicos realizados em um hospital de médio porte, nos últimos quatro anos, e levantar as características destes além do perfil epidemiológico dos pacientes a eles submetidos. **MÉTODOS:** Estudo de corte transversal, populacional, com as informações referentes aos procedimentos cirúrgicos inseridas no “caderno de registro de cirurgias”, manualmente, pela equipe de enfermagem, no período de quatro anos (março de 2013 à fevereiro de 2017). **RESULTADOS:** Foram realizados 13.033 procedimentos em 11.575 pacientes. A maior parte, 77%, em pacientes do sexo feminino. Os procedimentos realizados via SUS foram mais frequentes. As principais especialidades, em número de procedimentos, foram: Ginecologia/Obstetrícia, Cirurgias Geral e Plástica, as quais representam 80,5% do total de procedimentos realizados. **CONCLUSÕES:** A maioria dos pacientes submetidos à procedimentos cirúrgicos no hospital são do sexo feminino com idade média de 26 anos, sendo o SUS a categoria prevalente. Sugere-se a criação de um Sistema de Informação que uniformize os registros e, a partir deles, possam ser extraídos os dados epidemiológicos que

contribuam para o gerenciamento e planejamento de ações em todas as esferas envolvidas.

**PALAVRAS-CHAVE:** procedimento cirúrgico, sistemas de informação, Sistema Único de Saúde, Perfil de Saúde.

## SURGICAL PROCEDURES IN A MEDIUM-SIZED HOSPITAL: EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS

**ABSTRACT: BACKGROUND AND OBJECTIVE:** Surgery is a procedure of therapeutic and diagnosis used to treat physiopathological disorders that could threaten human's health and cause suffering to patients that implicates in repair or ablation of an organ or part of it. The Surgical Center is defined as an environment where several approaches are used, such as surgical procedures, anesthesia and post-surgical recovery. The aim of the study was to analyze the profile of the surgical procedures realized on a medium-sized hospital in a period of four years, together with the analysis of the epidemiological profile of the patients submitted to surgery for diagnosis and treatment. **METHOD:** It's a cross-sectional population based study with information of a "Surgery Registering Notebook" manually registered by nursing team carried out between March 2013 and February 2017. **RESULTS:** 13.033 surgical procedures were performed in 11.575 patients. It was mostly female patients (77%) and paid by Brazilian's Health Care System. The main specialties by number of procedures were: Obstetrics/Gynecology and General and Plastic Surgeries that represented 80.5% of all procedures performed. **CONCLUSION:** Most patients submitted to surgical procedures in the hospital are female, an average age of 26 years old and mostly paid by Brazilian public health care. It's suggested that the development of an Information System that standardizes these registers that could help management and planning of available resources.

**KEYWORDS:** Surgery, Information Systems, Health Care Economics and Organizations.

## INTRODUÇÃO

A cirurgia é um procedimento terapêutico e/ou diagnóstico invasivo utilizado em uma variedade de distúrbios fisiopatológicos que possam cursar com ameaças reais à saúde ou sofrimento a um indivíduo e implica na remoção ou reparação de um órgão ou parte deste (CARVALHO et al, 2010). A assistência cirúrgica é um componente essencial da atenção à saúde, frequentemente é o único tratamento que pode aliviar as incapacidades e reduzir o risco de mortes causadas por enfermidades comuns. Estima-se que anualmente 63 milhões de pessoas sejam submetidas a tratamentos cirúrgicos devido a injúrias traumáticas, 10 milhões de cirurgias sejam realizadas por complicações relacionadas à gestação e outros 31 milhões para tratar malignidades. Ao considerar os procedimentos cirúrgicos não relacionados a quadros fisiopatológicos, estima-se que um a cada 25 indivíduos seja submetido a cirurgias, totalizando 234

milhões de procedimentos ao ano no mundo (CBC, 2015).

As cirurgias podem ser classificadas quanto ao porte em três categorias: pequeno, médio e grande porte. São consideradas de pequeno porte aquelas menos agressivas, com menos profundidade e que apresentam pequena probabilidade de perda de fluidos e sangue. As de médio porte, que são realizadas de modo frequente, têm poucas horas de duração e apresentam média probabilidade de perda de fluidos e sangue. Já os procedimentos cirúrgicos que têm longa duração, que necessitam de equipamentos especiais ou de mais de uma equipe atuando, que apresentam alta probabilidade de perda de fluidos e sangue, são as de grande porte (MARTIN, 2012; BOTAZINI; TOLEDO; SOUZA, 2015).

O procedimento cirúrgico eletivo diz respeito à cirurgia que pode ser programada com antecedência para sua realização, possibilita a realização de pré-operatório adequado, e não há caráter de urgência ou emergência. A programação antecipada e a avaliação de fatores de risco são efetivas na redução do número de intercorrências pós-operatórias. As cirurgias de urgência/emergência são realizadas imediatamente ou em curto período de tempo após diagnosticada a sua necessidade. Ressalta-se que nesta categoria há maior risco de intercorrências pós-operatórias relacionadas à inexistência de pré-operatório detalhado (CARVALHO et al, 2010).

Etapas fundamentais do processo cirúrgico é a avaliação pré anestésica que visa examinar os pacientes no pré-operatório, aumentar a segurança da anestesia, esclarecer dúvidas dos pacientes, reduzir a suspensão de cirurgias e aumentar a satisfação dos pacientes (SOARES, 2011).

O Centro Cirúrgico (CC) é definido como um ambiente que integra o conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, recuperação anestésica e pós-operatória. Trata-se de uma área complexa, de acesso restrito, pertencendo ao estabelecimento de saúde, sendo considerado o setor de maior complexidade dentro da amplitude de suas finalidades. Deve ainda atender a legislação sanitária vigente, estar articulado com as outras unidades da instituição de saúde e contar com equipamentos e recursos humanos especializados. Preconiza-se que o centro cirúrgico realize procedimentos cirúrgicos e endoscópicos, devendo a unidade de saúde ter a proporção de uma sala de operação para cada 50 leitos hospitalares ou para cada 15 leitos cirúrgicos (MARTIN, 2012).

O Hospital Santa Casa de Misericórdia de Araguari-MG é uma instituição hospitalar fundada em 1918, filantrópica e credenciada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É o principal hospital de médio porte para atendimento do município e cidades da região de saúde. Conta com os serviços de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia, Psiquiatria, Pediatria, Terapia Intensiva adulto e neonatal com um total de 114 leitos. O centro cirúrgico do hospital é composto por seis salas de operação e seis leitos para recuperação pós-anestésica. Realiza procedimentos cirúrgicos em diversas especialidades.

Atualmente todos os procedimentos cirúrgicos são registrados pela instituição

de forma não padronizada. Sistematizar essas informações e através delas levantar o perfil epidemiológico é ferramenta fundamental para a busca de melhorias, redução de custos, melhor alocação de recursos e intervenções assistenciais capazes de garantir maior abrangência e qualidade no atendimento à população (GARCIA; ALFONSO, 2013).

## MÉTODOS

O presente trabalho é um estudo de corte transversal, populacional, realizado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Araguari-MG. Todas as informações referentes aos procedimentos cirúrgicos são inseridas no “caderno de registro de cirurgias”, manualmente, pela equipe de enfermagem do centro cirúrgico e foram mantidos na íntegra pelos pesquisadores. A coleta abrangeu o período de quatro anos (Março de 2013 à Fevereiro de 2017), sendo coletado os dados: data do procedimento cirúrgico, idade do paciente, sexo, nome do(s) procedimento(s), tipo de anestesia utilizada, categoria (SUS, convênio, particular), número de cirurgia mensal e anual. Os dados foram tabulados em planilha do programa Microsoft Excel, posteriormente procedeu-se com a categorização no intuito de agrupar procedimentos semelhantes e distribuí-los em grandes áreas.

Inicialmente foram encontrados 505 procedimentos cirúrgicos diferentes que foram agrupados em 233 procedimentos distintos, visto que um mesmo procedimento estava registrado de maneiras diferentes. Estes procedimentos foram divididos em 14 grandes especialidades, com as quais foram trabalhadas na análise de dados. As grandes especialidades foram: Anestesiologia, Angiologia/Cirurgia Vascular, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Ginecologia/Obstetrícia, Mastologia, Neurocirurgia, Odontologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia e Urologia.

Em relação ao tipo de anestesia utilizada foram encontrados 41 registros diferentes, que foram agrupados em 24 tipos e posteriormente alocados em seis grandes áreas. Os procedimentos e áreas consideradas na análise foram: Local, Sedação, Bloqueio com Sedação, Regional, Geral e Anestesia Combinada.

Após a categorização dos procedimentos cirúrgicos e dos tipos de anestésias utilizadas, procedeu-se com análise estatística descritiva pelo programa Microsoft Excel e correlação com programa BioEstat 5.3. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) pela plataforma Brasil e teve sua aprovação para ser realizada com número CAAE 62729716.6.0000.8041 no comitê do Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos, conforme preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Nos últimos quatro anos foram realizados no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Araguari-MG 13.033 procedimentos cirúrgicos em 11.575 pacientes. A maior parte, 77%, foi realizada em pacientes do sexo feminino, 22,74% em pacientes do sexo masculino e 0,26% não tiveram o sexo informado no livro de registros. A idade média geral foi de 36 anos (com IC = 35,6276 - 36,3513, desvio padrão = 18,45 ao nível de significância de 95%), sendo 13,44% dos procedimentos sem idade informada e foram excluídos os pacientes menores de um ano, por não entrarem na denominação de anos completos. Dentre as anestésias, a mais utilizada, 57,89% dos procedimentos, foi a raquianestesia, seguida de anestesia geral, 20,30%, 7,49% a local, 3,87% a sedação, 9,14% a outros tipos e 1,30% dos procedimentos não tinham anestesia informada no livro de registros.

Foram levantadas as categorias efetuadas em cada procedimento cirúrgico, sendo estas demonstradas no gráfico 01. Os procedimentos realizados via SUS foram mais frequentes nas grandes especialidades Ginecologia/Obstetrícia, Cirurgia Geral e Otorrinolaringologia. A maior participação da categoria convênio foi em Ginecologia/Obstetrícia, Cirurgia Geral e Ortopedia e a maior participação da categoria particular ocorreu nas grandes especialidades Ginecologia/Obstetrícia, Cirurgia Plástica e Cirurgia Geral.

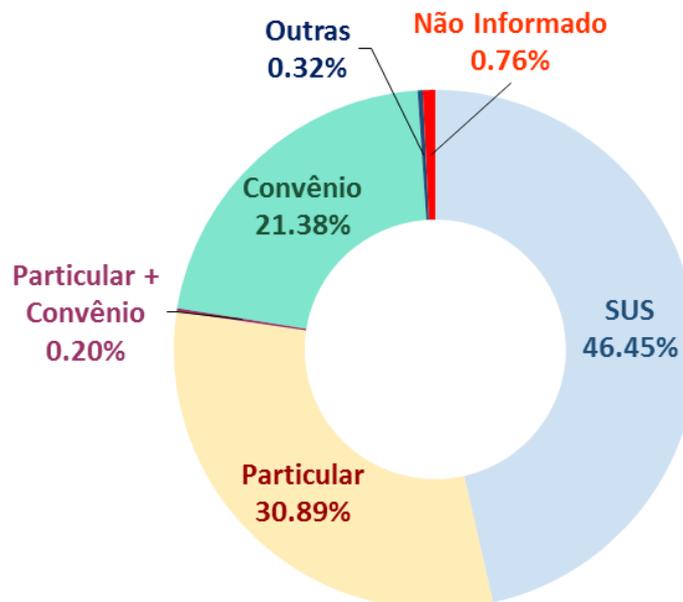


Gráfico 01 – Categorias dos procedimentos cirúrgicos

As três principais grandes especialidades em número de procedimentos foram: Ginecologia/Obstetrícia, Cirurgia Geral e Cirurgia Plástica, as quais representam 80,5% do total de procedimentos realizados. Na tabela 1 está representado a quantidade de procedimentos mais realizados em cada uma das 14 grandes especialidades, a idade

média dos pacientes e o sexo. Na tabela 2 estão representados os procedimentos mais frequentes em cada grande área, sua categoria de pagamento e o tipo de anestesia utilizado com maior frequência.

ESPECIALIDADE	PROCEDIMENTOS	PACIENTES	IDADE MÉDIA	SEXO		
				MASCULINO	FEMININO	NÃO INFORMADO
GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA	CESÁREA	3,642	26	28	3,610	4
	LAQUEADURA	549	30	7	542	0
	CURETAGEM	455	34	4	450	1
CIRURGIA GERAL	COLECISTECTOMIA	661	47	132	529	0
	HERNIOPLASTIA	596	50	405	190	1
	EXÉRESE	474	46	145	329	0
CIRURGIA PLÁSTICA	PRÓTESE MAMÁRIA	392	31	12	380	0
	ABDOMINOPLASTIA	203	37	5	198	0
	LIPOASPIRAÇÃO	125	34	5	120	0
OTORRINOLARINGOLOGIA	ADENOIDECTOMIA	429	9	225	204	0
	AMIGDALECTOMIA	429	9	221	208	0
	SEPTOPLASTIA	85	30	45	40	0
ORTOPEDIA	ARTROPLASTIA	220	53	114	106	0
	FRATURA	147	48	73	73	1
	ARTROSCOPIA	119	49	67	52	0
UROLOGIA	POSTECTOMIA	63	19	60	3	0
	VASECTOMIA	52	37	50	2	0
	HIDROCELE	35	49	31	4	0
ANGIOLOGIA / VASCULAR	VARICECTOMIA	142	47	18	124	0
	AMPUTAÇÃO DE DEDOS	33	54	20	13	0
	AMPUTAÇÃO DE PÉ	19	64	12	7	0
OFTALMOLOGIA	PTERÍGIO	64	43	29	34	1
	ESTRABISMO	4	23	3	1	0
	TRANPLANTE DE CONJUNTIVA	1	50	1	0	0
ANESTESIOLOGIA	COLETA DE LÍQUOR	46	27	24	21	1
	BLOQUEIO	4	54	3	1	0
	INTUBAÇÃO	1	2	1	0	0
MASTOLOGIA	MASTECTOMIA	21	59	0	21	0
	QUADRANTECTOMIA	5	60	0	5	0
	BIÓPSIA DE MAMA	3	43	0	2	1
ODONTOLOGIA	TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	29	19	19	10	0
	EXTRAÇÃO DENTÁRIA	2	58	0	2	0
	PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO	2	16	2	0	0
NEUROCIRURGIA	RIZOTOMIA	16	61	2	14	0
	CRANIOTOMIA	2	77	1	1	0
	COLOCAÇÃO VÁLVULA	1	35	0	1	0
CIRURGIA TORÁCICA	PLEUROSCOPIA	5	39	2	3	0

PNEUMOLOGIA	BRONCOSCOPIA	2	65	2	0	0
-------------	--------------	---	----	---	---	---

Tabela 01 – Procedimentos mais frequentes em cada especialidade cirúrgica

ESPECIALIDADE	PROCEDIMENTOS	PACIENTES	CATEGORIA			ANESTESIA			
			SUS	PARTICULAR	CONVÊNIO	RAQUI	GERAL	LOCAL	SEDAÇÃO
GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA	CESÁREA	3,642	1,446	1,356	801	3,588	21	9	1
	LAQUEADURA	549	251	214	77	540	2	1	0
	CURETAGEM	455	312	62	78	166	130	2	145
CIRURGIA GERAL	COLECISTECTOMIA	661	388	151	115	155	442	2	0
	HERNIOPLASTIA	596	360	118	108	498	61	1	3
	EXÉRESE	474	129	175	166	86	28	286	27
CIRURGIA PLÁSTICA	PRÓTESE MAMÁRIA	392	8	366	11	32	241	11	1
	ABDOMINOPLASTIA	203	9	180	6	38	2	9	1
	LIPOASPIRAÇÃO	125	5	113	4	28	6	8	2
OTORRINOLARINGOLOGIA	ADENOIDECTOMIA	429	380	12	37	7	420	1	0
	AMIGDALECTOMIA	429	378	10	41	6	421	0	0
	SEPTOPLASTIA	85	11	10	60	0	83	1	0
ORTOPEDIA	ARTROPLASTIA	220	81	36	101	102	11	2	1
	FRATURA	147	37	37	67	62	15	1	1
	ARTROSCOPIA	119	34	20	64	84	7	0	2
UROLOGIA	POSTECTOMIA	63	42	10	11	7	15	26	7
	VASECTOMIA	52	47	4	1	7	0	45	0
	HIDROCELE	35	21	10	4	30	4	0	0
ANGIOLOGIA / VASCULAR	VARICECTOMIA	142	111	25	5	133	2	1	0
	AMPUTAÇÃO DE DEDOS	33	32	0	1	10	0	5	0
	AMPUTAÇÃO DE PÉ	19	17	1	0	14	0	2	0
OFTALMOLOGIA	PTERÍGIO	64	1	1	62	1	1	25	17
	ESTRABISMO	4	0	1	3	0	4	0	0
	TRANPLANTE DE CONJUNTIVA	1	0	0	1	0	0	0	0
ANESTESIOLOGIA	COLETA DE LÍQUOR	46	22	7	16	2	4	18	5
	BLOQUEIO	4	0	0	4	0	0	3	1
	INTUBAÇÃO	1	1	0	0	0	0	0	1
MASTOLOGIA	MASTECTOMIA	21	7	11	3	2	16	0	1
	QUADRANTECTOMIA	5	1	2	2	0	4	0	0
	BIÓPSIA DE MAMA	3	3	0	0	0	1	2	0
ODONTOLOGIA	TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	29	25	2	1	0	29	0	0
	EXTRAÇÃO DENTÁRIA	2	0	1	0	0	2	0	0
	PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO	2	2	0	0	0	2	0	0
NEUROCIRURGIA	RIZOTOMIA	16	0	0	16	0	0	0	12
	CRANIOTOMIA	2	2	0	0	0	2	0	0
	COLOCAÇÃO VÁLVULA	1	1	0	0	0	1	0	0
CIRURGIA TORÁCICA	PLEUROSCOPIA	5	5	0	0	0	5	0	0
PNEUMOLOGIA	BRONCOSCOPIA	2	2	0	0	0	2	0	0

Tabela 2 – Procedimentos, Categoria e Tipo de Anestesia

Em média, tem-se 271 procedimentos cirúrgicos mensais. A hipótese de

sazonalidade foi rejeitada, portanto não houve variação específica em determinados períodos do ano ( $p = 0,6563$  ao nível de confiança de 95%) sendo a quantidade de procedimentos expressa no gráfico 02.



Gráfico 02 – Média mensal de procedimentos cirúrgicos

Com relação às variáveis sexo, idade, procedimentos e categoria de pagamento que estavam no caderno de registros, tivemos alguns que estavam em branco e a elas atribuímos a categoria “Não informado”. Expressamos, em números absolutos, a quantidade de cada um deles conforme o gráfico 03.

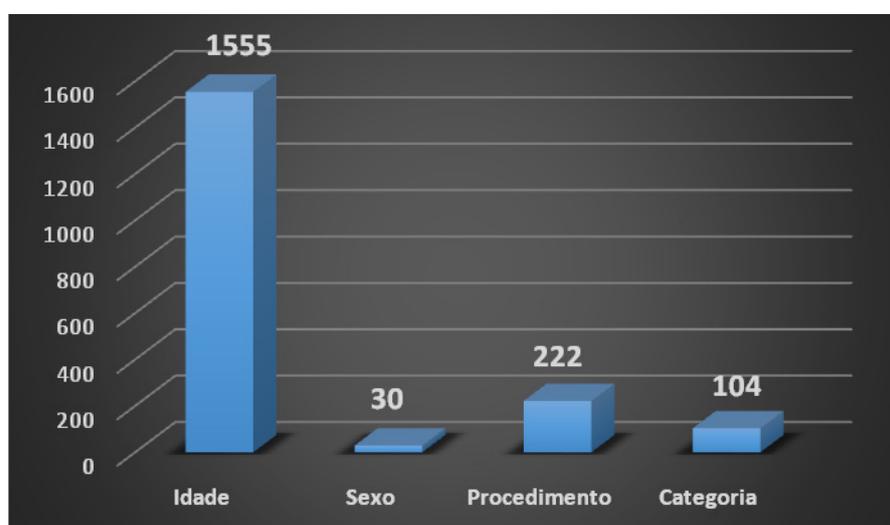


Gráfico 03 – Procedimentos não informados por categoria

## DISCUSSÃO

Estudo realizado em Ribeirão Preto demonstra que a produtividade cirúrgica em hospitais filantrópicos é de aproximadamente 2,8 procedimentos cirúrgicos por leito (ROTTA, 2004). Resultado semelhante no presente estudo, no qual obteve-se uma média de 2,37 procedimentos cirúrgicos por leito. Ressalta-se que o hospital analisado neste estudo é sede de microrregião de saúde sendo referência para municípios

vizinhos, principalmente na especialidade de ginecologia e obstetrícia.

Quanto aos procedimentos ginecológicos, estudos realizados em um hospital universitário em Vitória (ES), na unidade de ginecologia, com 89 mulheres, mostrou que os procedimentos cirúrgicos mais frequentes nesse público foram: mioma uterino, endometriose e câncer de mama, com predomínio de idade na faixa etária de 40 - 49 anos (PRIMO et al, 2012). Já em outro estudo realizado no estado do Amazonas, que analisou 518 procedimentos cirúrgicos ginecológicos, encontrou maior prevalência de: laqueadura, seguida por histerectomia e colpoperineoplastia, sendo a faixa etária média de 47,6 anos (COELHO et al, 2015). Esses dois estudos foram realizados em serviços de ginecologia e não englobaram os procedimentos obstétricos. Resultado semelhante foi encontrado em nossa população no que se refere às laqueaduras, as quais se comportaram como segundo procedimento cirúrgico mais comum na grande área ginecologia/obstetrícia.

Em quatro anos, foram realizadas 3,642 cesárias na instituição analisada com idade média das pacientes de 26 anos, resultado semelhante ao estudo realizado na maternidade do hospital do distrito de saúde de Bogodogo, onde foram realizadas 3,381 cesárias em quatro anos e com uma idade média de 26,8 anos (OUÉDRAOGO et al, 2015). Um estudo realizado no Paraná mostrou preocupação com a alta prevalência de partos cesáreos, sendo esse um dos indicadores que avaliam a qualidade de cuidado obstétrico. Além disso, diversos estudos demonstram o aumento nas taxas nacionais de cesarianas (NOVAES et al, 2015). Na literatura, aponta-se que a cesariana é um dos procedimentos cirúrgicos abdominais mais realizados mundialmente e que mais da metade dos nascimentos no Brasil ocorrem via parto cesáreo (GOMES, 2013). Na instituição analisada, no presente artigo, encontrou-se um alto número de partos cesáreos, sendo este o principal procedimento cirúrgico relacionado à ginecologia/obstetrícia. Novos estudos podem ser interessantes para comparar os percentuais de partos cesáreos com os partos vaginais deste serviço.

Verifica-se que um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados na grande especialidade de Cirurgia Geral foi a colecistectomia. Os resultados deste estudo, com relação a proporção de procedimentos realizados nos sexos feminino e masculino, corroboram com um estudo realizado em um hospital de Fortaleza – Ceará, no qual demonstra que 78,33% das colecistectomias realizadas foram em pacientes do sexo feminino, enquanto que no nosso caso, para o mesmo sexo, foram realizados 80,03% dos procedimentos. No que tange à idade média dos pacientes submetidos a tal procedimento, verificou-se que existe uma diferença, já que o deles demonstraram a idade de 39 anos e o nosso, 47 anos. Não foi possível afirmar que a diferença encontrada é significativa ou não por falta de dados necessários (MENEZES et al, 2016).

Com relação aos procedimentos mais frequentes em cirurgia geral, foi realizado um estudo no Zuckerberg Hospital Geral de São Francisco – EUA, analisando o ano civil de 2014, no qual constatou-se que os procedimentos de cirurgia geral mais

realizados foram: hernioplastia, colecistectomia e procedimentos anorretais (ULOJA et al, 2017). Resultados semelhantes foram encontrados no presente estudo em que a colecistectomia e a hernioplastia também estão entre os procedimentos mais realizados nessa especialidade. Ainda com relação à hernioplastia, a literatura afirma que é o procedimento cirúrgico mais frequente no mundo e ainda responsável por um número considerável de morbimortalidade em países de baixa renda (STEWART et al, 2015).

Nossos achados foram semelhantes ao estudo realizado em hospitais de médio porte no sul do país, na especialidade de cirurgia plástica, no que se refere à idade média dos pacientes sexo e tipo de anestesia utilizado. Em nosso estudo verificamos que a idade média de nossos pacientes foi de 36 anos, 91,42% do sexo feminino e 37,63% utilizando anestesia geral. No estudo citado a idade média de 32 anos, 100% do sexo feminino e 46,7% utilizando anestesia geral. Os estudos diferenciaram-se na ordem dos procedimentos mais incidentes, em que a prótese mamária assumiria o primeiro lugar (40%), a lipoaspiração a segunda posição (30%) e a dermolipectomia viria em terceiro (16,7%), não estando a lipoabdominoplastia entre as três mais realizadas desta literatura (DUTRA; VINHOLES; TREVISOL, 2012).

Um fato encontrado em um hospital universitário de grande porte de Minas Gerais demonstrou a existência de sazonalidade nos procedimentos cirúrgicos realizados (GOMES, 2009). Acredita-se que seja devido ao foco em ensino e pesquisa dos profissionais, em detrimento da produção de ações assistenciais pelos cirurgiões-professores da Faculdade de Medicina (GOMES, 2009; YU et al, 2017). Além disso, esses profissionais possuem um período de recesso das atividades no período de férias da referida faculdade (YU et al, 2017). Em nosso estudo não foi demonstrado que haja diferença estatística significativa na quantidade de procedimentos realizados mensalmente, independente do período do ano, portanto não há sazonalidade. Acredita-se que tal fato seja devido ao hospital analisado não ser exclusivamente universitário, portanto realiza tanto procedimentos vinculados ao SUS, quanto particulares e por convênios, o que pode influenciar nesta avaliação.

O maior viés encontrado na análise foi as informações não preenchidas no livro de registro de cirurgias. Sabe-se que existem lacunas entre as informações preenchidas e as informações que deveriam conter do referido livro. As organizações hospitalares devem empenhar-se na integração de sua estrutura clínica dos serviços em saúde com a sua gestão administrativa. Diante de tal resultado, entende-se que existe a necessidade de uma modelagem de atividades rotineiras para o desenvolvimento de um sistema de informações adequado que atenda às duas frentes (RISMANCHIAN; LEE, 2017). Esses sistemas podem ser definidos como um conjunto de elementos que interagem entre si com objetivos de aprimorar o controle, facilitar o planejamento, dar suporte a análises e embasar o processo de tomada de decisão na organização. Além disso podem ser capazes de gerenciar as informações, viabilizar a elaboração de estratégias, modelar as estruturas hierárquicas e influenciar o comportamento dos

usuários e demais colaboradores (RISMANCHIAN; LEE, 2017).

Outro aspecto a ser considerado para o registro pertinente das informações, além da sinergia entre a qualidade técnica e administrativa, é o treinamento de toda a equipe no preenchimento desse sistema de informação a ser desenvolvido. Atualmente, percebe-se que o foco da equipe de saúde é assistir ao paciente em sua integralidade, garantindo acima de tudo a sua recuperação e o seu retorno às suas atividades cotidianas (SOUZA et al, 2012). Tais objetivos, tão nobres e fundamentais, podem suprimir a necessidade da criação de um modelo de gestão que possibilite ao hospital conhecer o público a que vem prestando atendimento (FERNANDES et al, 2015; SANTOS; NOVAES; IGLESIAS, 2017).

Os hospitais, no contexto atual, devem cada vez mais utilizar os sistemas informatizados, possibilitando assim a integração das informações da área médica (SPRECO et al, 2017). Os registros de dados precisos são a base para a construção do conhecimento científico acerca da população e das atividades realizadas naquele local. Dada a complexidade da monitorização de cada rotina médica, sistemas de dados digitais são uma alternativa obrigatória para a aquisição de registros e informações geradas no cuidado de um paciente cirúrgico (MURAVCHICK et al, 2008; VISSHER et al, 2017).

## **CONCLUSÃO**

A maioria dos pacientes submetidos à procedimentos cirúrgicos no hospital são do sexo feminino com idade média de 26 anos sendo o SUS a categoria prevalente. Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral e Cirurgia Plástica cirúrgicas concentram 80% de todos os procedimentos realizados. Esses dados epidemiológicos são importantes para o planejamento e gestão local de recursos humanos, físicos e financeiros. Outro achado importante foram os de erros de registro, visto que houve informações não inseridas, bem como algumas informações inseridas incorretamente. Tal achado relaciona-se ao fato dos registros serem realizados manualmente, sem sistematização e não informatizados. Sugere-se a criação de um Sistema de Informação que uniformize os registros e, a partir deles, possam ser extraídos os dados epidemiológicos que contribuam para o gerenciamento e planejamento de ações em todas as esferas envolvidas.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos ao Hospital Santa Casa de Misericórdia de Araguari-MG por disponibilizar as informações necessárias à construção desta pesquisa.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

## REFERÊNCIAS

- BOTAZINI, NO; TOLEDO, LD; SOUZA, DMST. Cirurgias Eletivas: Cancelamentos e Causas. **Rev Sobecc** 2015; Out-Dez. 20(4): 210–19. Disponível em: URL: <https://doi.org/10.5327/z1414-4425201500040005> .
- CARVALHO, RWF; PEREIRA, CU; FILHO, JRL et al. O paciente cirúrgico. Parte I. **Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac** 2010; Out-Dez 10(4):85-92. Disponível em: URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100002>.
- COELHO, SM; PEREZ, ELTC; LINS, CDM et al. Perfil epidemiológico e complicações pós-operatórias das mulheres submetidas à cirurgia ginecológica em centro de referência do extremo setentrional da Amazônia Legal brasileira. **Rev Col Bras Cir** 2015; 42(6):372-76. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v42n6/pt\\_0100-6991-rcbc-42-06-00372.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v42n6/pt_0100-6991-rcbc-42-06-00372.pdf).
- COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. Manual de cirurgia segura. Rio de Janeiro: **Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, 2015. Disponível em: URL: <https://cbc.org.br/wp-content/uploads/2015/12/Manual-Cirurgia-Segura.pdf> .
- DUTRA, CC; VINHOLES, DB; TREVISOL, DJ. Perfil das cirurgias plásticas realizadas em dois hospitais no sul de Santa Catarina. **Arq Catarin Med** 2012; 41(3):10-13. Disponível: URL: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/937.pdf>.
- FERNANDES, CT; SOUZA, RC; CASABLANCA, RS et al. Importância da qualidade nos serviços hospitalares. **Revista Maiêutica** 2015; 3(1):19-28. Disponível: URL: [https://publicacao.uniasselvi.com.br/index.php/GESTAO\\_EaD/article/view/1306/455](https://publicacao.uniasselvi.com.br/index.php/GESTAO_EaD/article/view/1306/455).
- GARCÍA, PC; ALFONSO, AP. Vigilancia epidemiológica en salud. **AMC** 2013; 17(6):121-28. Disponível em: URL: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v17n6/amc130613.pdf>.
- GOMES, MCSMA. Organização e gestão do centro cirúrgico de um Hospital Universitário de Belo Horizonte - Minas Gerais [dissertação]. Belo Horizonte (MG): **Universidade Federal de Minas Gerais**; 2009. Disponível: URL: [http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-7T2G77/maria\\_do\\_carmo\\_de\\_souza\\_mota\\_avelar\\_gomes.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-7T2G77/maria_do_carmo_de_souza_mota_avelar_gomes.pdf?sequence=1).
- GOMES, FMV. Características das cesarianas de em um Hospital Universitário do sul do país [Dissertação]. Porto Alegre: **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, 2013. Disponível em: URL: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/90082/000913320.pdf?sequence=1>.
- MARTIN, ARG. Critérios para a implantação de uma unidade cirúrgica para procedimentos de alta complexidade: uma visão multidisciplinar [dissertação]. São Paulo (SP): **Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, 2012. Disponível em: URL: <http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Pos-graduacao/dissertacoes-e-teses/ciencias-da-saude/2012/2012-Adriana-Regina-G-Martin.pdf>
- MENEZES, FJC; MENEZES, LGL; SILVA, GPF et al. Custo total de internação de pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica eletiva relacionado ao estado nutricional. **ABCD Arq Bras Cir Dig** 2016; abr-jun 29(2):81-85. Disponível: URL: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-6720201600020004>.
- MURAVCHICK, S; CALDWELL, JE; EPSTEIN, RH et al. Anesthesia information management system implementation: a practical guide. *Technology, Computing, and Simulation* 2008; nov 107(5):1598-1608. Disponível: URL: <https://doi.org/10.1213/ane.0b013e318187bc8f> .

NOVAES, ES; OLIVEIRA, RR; MELO, EC et al. Perfil obstétrico de usuárias do Sistema Único de Saúde após implantação da Rede Mãe Paranaense. **Cienc Cuid Saúde** 2015; Out-Dec 14(4):1436-1444. Disponível: URL: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i4.27343>.

OUÉDRAOGO, CM; OUÉDRAOGO, A; OUATTARA, A et al. La pratique de la césarienne dans un hôpital de district à Ouagadougou: aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques à propos de 3,381 cas. **Médecine et Santé Tropicales** 2015; 25:194-99. Disponível: URL: [http://www.jle.com/download/mst-304863-la\\_pratique\\_de\\_la\\_cesarienne\\_dans\\_un\\_hopital\\_de\\_district\\_a\\_ouagadougou\\_aspects\\_epidemiologiques\\_cliniques\\_et\\_pronostiques\\_a\\_propos\\_de--WVGaHX8AAQEAAAGIFecwAAAAK-a.pdf](http://www.jle.com/download/mst-304863-la_pratique_de_la_cesarienne_dans_un_hopital_de_district_a_ouagadougou_aspects_epidemiologiques_cliniques_et_pronostiques_a_propos_de--WVGaHX8AAQEAAAGIFecwAAAAK-a.pdf).

PRIMO, CC; PLASTER, FA; BRAVIN, MF et al. Perfil epidemiológico de mulheres submetidas a cirurgia na Unidade de Ginecologia de um Hospital Universitário. **Rev Min Enferm** 2012; Out-Dez 16(4):949-501. Disponível em: URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=23930&indexSearch=ID>.

RISMANCHIAN, F; LEE, YH. Process Mining-Based method of designing and optimizing the layouts of emergency departments in hospitals. **Health Environments Research & Design Journal** 2017; 10(4). Disponível: URL: <https://doi.org/10.1177/1937586716674471> .

ROTTA, CSG. Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial. [Dissertação]. São Paulo (SP): **Universidade de São Paulo**; 2004. Disponível: URL: <https://doi.org/10.11606/t.6.2004.tde-14122009-115012> .

SANTOS, ML; NOVAES, CO; IGLESIAS, AC. Perfil epidemiológico de pacientes atendidos no ambulatório de avaliação pré-anestésica de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Anestesiologia** 2017; jul-ago 67(4):331-442. Disponível: URL: <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2016.06.002>.

SOARES, RR; VALADARES, FW; ARAÚJO, MB et al. Importância da avaliação pré-anestésica: relato de caso de paciente com apneia obstrutiva do sono. **Rev Bras Anestesiol** 2011; Dec 61(6):789-92. Disponível em: URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942011000600011>.

SOUZA, AA; MOREIRA, DR; SILVA, EA et al. Avaliação de sistemas de informação com base na análise fatorial: uma pesquisa Survey em hospitais da região metropolitana de Belo Horizonte. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde** 2012; jul-dez 1(2):4-40. Disponível: URL: <https://doi.org/10.5585/rgss.v1i2.38> .

SPRECO, A; ERIKSSON, O; DAHLSTRÖM, O et al. Integrated detection and prediction of Influenza activity for real-time surveillance: algorithm design. **J Med Internet Res** 2017; 19(6). Disponível: URL: <https://doi.org/10.2196/jmir.7101> .

STEWART, B; PATHAK, J; GUPTA, S et al. An estimate of hernia prevalence in Nepal from a countrywide community survey. **Int J Surg** 2015; jan 13:111-14. Disponível: URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.12.003> .

ULLOA, JG; RUSSEL, MD; CHEN, AH et al. A cohort study of a general surgery electronic consultation system: safety implications and impact on surgical yield. **BMC Health Services Research** 2017; 17:433. Disponível: URL: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2375-0>.

VISSHER, SL; NAESSENS, JM; YAWN, BP et al. Developing a standardized healthcare cost data warehouse. **BMC Health Services Research** 2017; 17:396. Disponível: URL: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2327-8> .

YU, X; JIANG, J; LIU, C et al. Protocol for a multicentre, multistage, prospective study in China using system-based approaches for consistent improvement in surgical safety. **BMJ open** 2017; jun 7. Disponível: URL: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015147>.

## REFLEXÕES SOBRE O DIREITO UNIVERSAL À ANAMNESE CLÍNICA NA NOVA ERA DA AUTONOMIA DOS PACIENTES

### **Antonio Augusto Masson**

Professor de Propedêutica - Universidade Estácio,  
Campus Presidente Vargas, Rio de Janeiro, RJ.

### **Livia Conti Sampaio**

Graduanda em Medicina - Universidade Estácio,  
Campus Presidente Vargas, Rio de Janeiro, RJ.

### **Ana Carolina S. Mendes Cavadas**

Graduanda em Medicina - Universidade  
Estácio, Campus Presidente Vargas, Rio de  
Janeiro,  
RJ.

### **“Escute o paciente e ele lhe dirá o diagnóstico”**

*William Osler (1849 - 1919), educador canadense da John Hopkins Medical School (US); preconizava que a prática médica deveria começar e terminar com o paciente; é considerado o fundador da medicina clínica moderna.*

**RESUMO:** O objetivo deste artigo é abordar uma questão que vem sendo perigosamente negligenciada na assistência médica no país. Visa enfatizar a anamnese médica desde as suas origens milenares até a atualidade, ressaltando o seu papel atual na construção de qualquer investigação clínica. A anamnese constitui a história clínica técnica e habilidosa que Hipócrates, pai da medicina, concebeu como o primeiro passo para a abordagem de qualquer

enfermo. Básica na construção da boa relação médico-paciente, sendo recurso fundamental no processo complexo do raciocínio clínico. Quando seguida pelo exame físico forma um conjunto intrinsecamente relacionado. Ambos, em sequência sinérgica, potencializam a acurácia do diagnóstico, considerando o peso dos múltiplos fatores de doença (antecedentes biológicos, psíquicos e sociais, como condições de habitação e poluição ambiental, etc), aumentando a adesão do paciente ao tratamento, dirimindo assim a possibilidade do erro médico. Esse ciclo virtuoso resulta em desfecho clínico mais favorável. Entretanto, a tendência observada nas “consultas relâmpago”, sem tempo hábil que permita coleta dos dados preconizados, ameaça essa eficiência diagnóstica. Consideramos que o “direito a uma anamnese padrão” seja particularmente crucial no acesso à atenção de saúde, mas infelizmente ainda não está garantido. Esse quesito de plena cidadania está consagrado na Constituição Federal, mas ausente nos textos regulatórios infraconstitucionais. Conclui-se pela premência das intervenções motivadoras de conscientização sobre o valor da anamnese para usuários da saúde, ações pedagógicas nas faculdades (graduandos) e nas residências (jovens médicos), acrescidos dos ajustes necessários no marco regulatório. Essas iniciativas poderão certamente contribuir para a

qualidade da assistência médica nacional.

**PALAVRAS-CHAVE:** Direito a anamnese; erro médico; autonomia dos pacientes; qualidade da assistência médica.

## REFLECTIONS ON THE UNIVERSAL RIGHT TO CLINICAL ANAMNESIS IN THE NEW AGE OF PATIENT'S AUTONOMY

**ABSTRACT:** The purpose of this article is to address an issue that has been dangerously neglected in medical care in the country. It aims to focus medical anamnesis from its millennial origins to the present, highlighting its current role in the construction of any clinical investigation. The anamnesis is the technical and skillful medical history that Hippocrates, the father of medicine, conceived as the first step in approaching any sick person. Basic in the construction of good doctor-patient relationship, being a fundamental resource in the complex process of clinical reasoning. When followed by the physical examination it forms an intrinsically related set. Both, in synergic sequence, potentiate the accuracy of the diagnosis, considering the weight of multiple disease factors (biological, psychic and social antecedents, such as housing conditions and environmental pollution, etc.), thereby increasing patient adherence to the treatment, and additionally curbing the possibility of medical error. This virtuous cycle results in a more favorable clinical outcome. However, the tendency observed in the “lightning-in” consultations, with no time to enable the collection of the recommended data, threatens this diagnostic efficiency. Consequently, we believe that the “right to standard anamnesis” is particularly crucial in accessing health care, unfortunately is not yet guaranteed. This question of full citizenship is enshrined in the Federal Constitution, but absent in infraconstitutional regulatory texts. It is concluded by the urgency of the motivational interventions and awareness about the value of the anamnesis for health users, pedagogical actions in the undergraduate and residential schools (young doctors), plus the necessary adjustments in the regulatory framework. All these initiatives should certainly contribute to the quality of national health care.

**KEYWORDS:** Right to anamnesis; medical error; patient autonomy, quality of medical assistance.

### 1 | INTRODUÇÃO

O exercício da Medicina tem como alicerce preceitos milenares sutilmente equilibrados e interdependentes: Arte e Técnica que resultam no método clínico. (MASSON, SAMPAIO, CAVADAS, 2018). A anamnese constituía um método investigativo (entrevista) adotado desde a Grécia clássica, como passo inicial na abordagem de qualquer paciente. Foi concebida por Hipócrates (460-356 a.C.), como ciência racional, libertando-a das crenças vigentes: magia, superstição e sobrenatural. (OSBORN, 2015).

Rufus Ephesius, médico grego do século I foi pioneiro na valorização a perspectiva do paciente na construção do raciocínio clínico, sistematizando o papel da conversa com o paciente sobre os hábitos de vida e detalhes do relato para se chegar o diagnóstico correto (LETTS, 2014).

Coube a Virchow (1821-1902), aprimorar as bases da medicina moderna com a uma visão mais abrangente do papel dos aspectos sociais e econômicos na gênese das doenças:

“A medicina é ciência social e a política nada mais é senão a medicina em larga escala” (MACKENBACH, 2009, p. 181).

## 2 | A ANAMNESE ATUAL

É definida como uma entrevista ou uma história clínica sobre a doença atual, sintomas e suas diversas características (início, caráter, irradiação, fatores precipitantes, fatores aliviadores, repercussão no cotidiano, etc.), fármacos utilizados e as várias condições socioculturais envolvidas possíveis (tipo de trabalho, escolaridade, carga de estresse, habitação, poluição ambiental, etc), acidentes ou patologias anteriores, história familiar, inclusive a visão do paciente a respeito da própria doença. Aspectos que contribuem decisivamente na correta formulação de uma hipótese diagnóstica, dentro do contexto global de vida do paciente. Exige treinamento, concentração, disposição, equilíbrio emocional e talento de quem a conduz, considerando-se a diversidade dos contextos em que é praticada e o nível cultural do paciente. O grau de colaboração dos entrevistados também é fundamental, pois em muitas ocasiões, deve ser conquistado com a empatia e carisma do entrevistador na busca de uma comunicação mais efetiva.

Nesse cenário, o profissional contemporâneo deve atuar com ética, base científica sólida e sincera vocação para o trato com o sofrimento de pessoas (MASSON, 2013, p. 46).

Quando a história clínica é acrescida aos achados do exame físico, o percentual de acerto do diagnóstico alcança 70-90% dos casos (FAVALORO, 1999).

Não existe conflito entre a anamnese, os achados clínicos e os exames complementares, mas sim o contrário, pois todos têm seu papel na investigação diagnóstica quando se mantém a ordenação lógica de iniciar com a anamnese e terminar com os exames complementares, garantindo que a primeira possa sustentar as indicações dos pedidos dos segundos. Nesse contexto cabe citar uma pesquisa Clínica da USP que detectou percentuais de contribuição da anamnese em 95 pacientes e concluiu que o papel da história pontuou em apenas 40,4% para o diagnóstico (BENSEÑOR, 2013). O índice mostrou-se inferior quando comparado a quatro estudos internacionais similares (dois ingleses, um norte americano e um indiano, com 82,5, 56, 76 e 78,6 %, respectivamente).

A análise dos dados da pesquisa nacional com a menor contribuição da anamnese permite inferir que a técnica de coleta praticada no Brasil tem espaço para aperfeiçoamento em relação aos parâmetros técnicos, particularmente os temporais.

### 3 | IMPLICAÇÕES SOCIAIS

Cabe uma reflexão específica a respeito da assistência médica primária, reconhecidamente capaz de resolver ou bem encaminhar a maioria dos casos que ocorrem aos hospitais e postos de saúde no território nacional. O SUS baseia-se em princípios nobres como integralidade, equidade e universalidade das ações de saúde, além de sua gratuidade. Apesar dos progressos alcançados, necessita aprimoramento de aspectos adversos de atendimento, dentre eles, como o afluxo de pacientes em hospitais nos médios e grandes centros urbanos, nos quais a rotatividade é muito grande, contribuindo para uma anamnese com tempo reduzido (SANVITO, RASSLAN, 2012, p. 634), aspecto que se associa à falta de infraestrutura nas unidades de saúde, prejudicando a qualidade do atendimento. Com isso, eleva-se a desaprovação da assistência de saúde pelos brasileiros: 60%, segundo pesquisa de 2015 do Instituto Datafolha (FOLHA DE SÃO PAULO, 2015).

O aparato burocrático-administrativo da saúde conspira para reduzir o período dedicado ao paciente no atendimento, e, por conseguinte, diminui a atenção com as possíveis vivências do paciente relacionadas com a doença apresentada. Atribui-se ao modelo norte-americano “*managed care*” (cuidado gerenciado), que prioriza critérios econômicos e “frios” para a real necessidade de cada paciente. Nesse contexto, de profissional de saúde, o médico passa a administrador de lucros (PINESH, 1999).

Vale mencionar um movimento promissor denominado “Slow Medicine”, que encerra um novo paradigma social que vem crescendo na última década em vários países. O principal pilar baseia-se no maior tempo destinado à entrevista e exame físico. Reforça a importância do profissional de saúde conhecer mais profunda e detalhadamente o seu consultante. Esse é estimulado a ser proativo, debatendo e compartilhando a escolha final da estratégia terapêutica mais adequada às suas aspirações. Isso irá implicar em mentes mais abertas por parte dos médicos, como também dos pacientes (LIE, 2017).

### 4 | O DIREITO DE TODOS ESTÁ ASSEGURADO?

Infelizmente não. A Constituição Federal garante no artigo 196 que “A Saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Entretanto, a legislação infraconstitucional faz referências esparsas relacionadas indiretamente à questão da anamnese, citando o direito dos pacientes ao atendimento digno, atencioso e respeitoso, sem outros pormenores.

A despeito dos óbvios efeitos nocivos das consultas-relâmpago, não há ainda no Brasil uma regulamentação que determine o tempo mínimo estipulado que uma consulta deve ter.

Paradoxalmente, a portaria 1820 do Ministério da Saúde que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde não delimita temporalmente a consulta médica:

“Art. 3º Parágrafo único. É direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

**O tempo reservado à entrevista clínica distingue o médico competente e dedicado:**

“A redução do tempo dedicado a anamnese é uma das principais causas de perda de qualidade na assistência, de prejuízo na interação com o paciente e da desvalorização do ofício médico” (PORTO, 2011, p. 26-29).

O tempo ideal para coleta de uma história durante uma consulta eletiva minimamente aceitável depende da complexidade do quadro patológico, do nível cultural e do grau de colaboração do entrevistado. Além disso todo paciente possui a capacidade de distinguir uma avaliação clínica superficial de uma interessada e criteriosa (BEVILACQUA, 1977, pg. 3).

É de suma importância a correta identificação da queixa principal na consulta clínica inicial.

Entretanto, um estudo que registrou 74 consultas sequenciais, em apenas 17 (23%) foi dada a oportunidade ao paciente de um relato completo sua queixa principal devido à interrupção prematura em 69% das anamneses.

A conclusão sugeriu que a postura de controle ativo por parte do médico elevou o risco de perda de informações clínicas relevantes. (BECKCMAN, FRANKEL, 1984).

A literatura é escassa acerca do “tempo ideal” para uma anamnese eficaz. Isso se explica parcialmente pela diversidade de cenários possíveis da coleta uma história clínica.

Porto ressalta:

“Nas doenças agudas ou de início recente, em geral apresentado poucos sintomas, é perfeitamente possível conseguir ruma história clínica de boa qualidade em 10 a 15 min, ao passo que nas doenças de longa duração, com sintomatologia variada não se gastarão menos do que 30 a 60 min na anamnese” (PORTO, 2017, p. 41).

Gazewood sugere 37 minutos para a entrevista médica, assim distribuídos: introdução - 1, definição da queixa principal e da história da doença atual - 15, análise de outros problemas médicos - 5, história patológica progressiva e familiar - 8, perfil social - 5 e revisão dos sistemas orgânicos - 3. Caso acrescentemos 3 minutos para organização e reflexão sobre os dados para o encaminhamento diagnóstico e terapêutico teremos, ao final, 40 minutos (GAZEWOOD, 2005).

Constata-se defasagem desses dados com a realidade prática recorrente nos serviços médicos: atender, sob pressão externa, no máximo 4 pacientes em uma hora, ou seja, o mínimo de 15 minutos para cada paciente, considerando-se a ausência

de interrupções na consulta, praticamente uma utopia nos dias de hoje de intenso uso de dispositivos móveis como celulares e *tablets* para acessar mídias sociais no ambiente de trabalho.

A coleta individualizada dos dados da anamnese e do exame físico requer adequado armazenamento, pré-requisito para o sucesso do progresso de uma investigação clínica. Novos programas digitais estão disponíveis e auxiliam nessa tarefa reduzindo o índice de erro diagnóstico. Entretanto, verifica-se uma desvantagem da tecnologia da informação em maior consumo do tempo do médico que “se afasta” da dedicação ao paciente (GUNTER, 2015).

## 5 | RISCO POTENCIAL DO ERRO MÉDICO

Segundo Machado,

“cada vez mais diminui a atenção dada à anamnese e ao apurado exame físico, ocasionando assim, progressivo abandono de alguns procedimentos que já foram habituais e indispensáveis na construção das hipóteses diagnósticas” (MACHADO, 1997, p. 244).

Obviamente o prejuízo maior será sempre para o enfermo, na forma de exames complementares invasivos, ou até não indicados.

Cabe ressaltar risco decorrente da cronificação ou agravamento de qualquer processo de adoecimento não diagnosticado em tempo hábil, pelo fato de não se “ouvir” o doente e os seus acompanhantes.

Registra-se um crescimento recente dos casos de erro médico nos Estados Unidos da América. Tais emergiram como a terceira causa de morte, desbancando as doenças respiratórias pela primeira vez. A consequência é que problemas de comunicação e falhas de julgamento do médico, dentre outros fatores, podem aumentar os danos ao cliente (MAKARY, DANIEL, 2016).

Esse incremento dos erros médicos poderia estar relacionado com a anamnese inadequada, se considerarmos a equação lógica:

Risco do erro médico = Anamnese incompleta + Exame clínico superficial + Exames complementares impróprios. (MASSON, SAMPAIO, CAVADAS, 2018, pg. 14).

A propósito dos exames complementares, a solicitação intensa e desnecessária de exames de imagem, sobretudo tomografias (radiação) e ressonâncias nucleares (campo magnético) constitui desafio atual que pode trazer consequências negativas para todos os usuários dos serviços de saúde (elevação dos custos, retardo do início do tratamento, ansiedade, reações adversas aos contrastes, etc...).

Além disso, exames de imagem em excesso comprovadamente geram achados inesperados em outros órgãos, os ditos “incidentalomas”, com o potencial de desvirtuar a investigação clínica e o curso terapêutico natural. (OREN, 2019). Temos observado esse preocupante fenômeno com mais frequência na prática clínica cotidiana.

## 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pacientes e acompanhantes mais conscientes sobre o real valor da anamnese poderão exercer maior grau de cidadania no que tange ao acesso inicial a uma assistência digna, com padrão técnico e universal. Desta forma são preservados os preceitos da Bioética e na busca do equilíbrio entre os valores humanos e a tecnologia médica.

No que concerne ao controle dos pedidos de imagens exagerados, sugerem-se campanhas conscientizadoras sobre os riscos de tal prática que alcancem a população geral/pacientes e intervenções técnicas para estudantes, médicos residentes e em cursos de atualização, incluindo neste último grupo detalhes e a importância da qualidade e foco da imagem ajustado para o nível da suspeita da investigação clínica (evitar os “incidentalomas”) (OREN, 2019).

Espera-se, desta forma, uma mudança de paradigma na relação médico paciente tradicionalmente paternalista, com o médico ditando as ações, para um contexto de maior participação dos pacientes na busca das soluções, com autonomia reforçada em detrimento do paternalismo médico. (KILBRIDE, MK, JOFFE, S, 2018).

No caso da anamnese, o paciente mais informado sobre a importância da mesma, estaria mais apto a “fazer valer” educadamente o seu direito básico de ser ouvido de forma correta tecnicamente durante todo o curso do encontro clínico.

Para concluir, lançamos uma questão central, como forma de provocar o debate sobre o assunto, na busca de soluções viáveis: até quando o pleno direito à anamnese durante o atendimento médico primário permanecerá como um desafio de saúde pública no Brasil? A resposta seria: quando a sociedade como um todo atingir o necessário grau de conscientização sobre o consagrado papel da anamnese e do exame clínico minuciosos, e assim adotar uma postura proativa nessa questão, em busca de um suporte de saúde humanístico e de maior qualidade técnica.

## REFERÊNCIAS

BENSENOR, I. M. **Anamnese, exame clínico e exames complementares como testes diagnósticos**. Rev Med (São Paulo). 2013 out-dez.,92(4):236-41. Disponível em:<<http://www.revistas.usp.br/revistadc/articla/viewFile/85896/88628>>. Acessado em: 10 Jan 2019.

BEVILAQUA, F. **Manual do Exame Clínico**. 4a Edição. Editora Cultura. Rio D Janeiro. 1966, pg 3.

EDUCAÇÃO MÉDICA. **Carta de Palmas**. 2012. Disponível em:<<http://edumeduem.blogspot.com.br/2012/06/ensino-de-semiologia.html>>. Acessado em: 15 dez. 2016.

FAVALORO, R. A. **Revival of Paul Dudley White, An overview of Present Medical Practice and of Our Society**. *Circulation*. 1999. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/99/12/1525>>. Acessado em: 13 set. 2016.

FOLHA DE SÃO PAULO - DATAFOLHA. **Para 6 em cada 10 brasileiros, saúde no país é péssima.** 2015. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/10/1693244-para-6-em-cada-10-brasileiros-saude-no-pais-e-pessima.shtml>>. Acessado em: 16 set. 2016.

GAZEWOOD, J. **The past Medical History.** 2005, Aug. Disponível em: <[https://www.med-ed.virginia.edu/courses/pom1/pexams/hpehpe/THE%20PAST%20MEDICAL%20HISHIST\\_HO.htm](https://www.med-ed.virginia.edu/courses/pom1/pexams/hpehpe/THE%20PAST%20MEDICAL%20HISHIST_HO.htm)>. Acessado em 12 nov. 2016.

GIELEN, E. **Where Does it Hurt? Ancient Medicine in Questions and Answers** - 30-31/08/2016, Leuven (Belgium). 2015. Disponível em: <<http://www.fasticongressuum.com/single-post/2015/12/24/Where-Does-it-Hurt-Ancient-Medicine-in-Questions-and-Answers-3031082016-Leuven-Belgium>>. Acessado em: 15 dez. 2016

GÜNTER, S. **Anamnesis and clinical examination.** Dtsch Med Wochenschr. 2016 Jan;141(1):24-7. doi: 10.1055/s-0041-106337. Epub 2015 dez. 28.

KILBRIDE, MK, JOFFE S. **The New Age of Patient Autonomy. Implications for the Patient-Physician Relationship.** JAMA. 2018;320(19):1973–1974.

LETTIS, M. **Rufus of Ephesus and the Patient’s Perspective in Medicine** - British Journal of the History of Philosophy, vol. 22, 2014 Issue 5: Causing Health and Disease: Medical Powers in Classical and Late Antiquity, p. 996-120 Disponível em <<http://www.tandfonline.com>>. Acessado em: 15 dez. 2016.

LIE, Y. **Slow Medicine, a international appeal on mindful healthcare.** Slowmedicine br. Sep 4, 2017. <<https://www.slowmedicine.com.br/slow-medicine-an-international-appeal-on-mindful-healthcare/>>. Acessado em: 20 Jan 2019.

MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade.** (online) Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 244 p. ISBN: 85-85471-05-0. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/bm9qp/pdf/machado-9788575412695.pdf>>. Acessado em: 16 set. 2016.

MACKENBACH, J. P. **Politics is nothing but medicine at a larger scale: reflections on public health’s biggest idea.** J Epidemiology Community Health 2009; 63: 181-184 doi:10.1136/jech.2008.077032.

MAKARY, M. A; DANIEL, M. **Medical error—the third leading cause of death in the US.** BMJ. 2016 May 3;353:i2139.

MASSON, A, A. **Direito Universal à Anamnese: Utopia?** Revista Aeronáutica, número 284/2013, p. 46-47. Disponível em: <<http://www.caer.org.br/portal/index.php/revista-aeronautica?download=46>>. Acessado em 10 Jan 2019.

MASSON, A; SAMPAIO, L; CAVADAS, A.C. **Reflexões sobre o direito universal à anamnese clínica.** Revista Dissertar, v. 1, n. 28 e 29, p. 11-18, 8 jun.2018. <<http://revistadissertar.adesa.com.br/index.php/revistadissertar/issue/view/1>>. Acessado em: 15 jan 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Disponível em: **Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.** <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2009/01\\_set\\_carta.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf)>. Acessado em: 15 jan 2019.

OREN, O. KEBEBEW E, IOANNIDIS, J.P.A. 2019. Jan 7. doi 10.1001/ Jama 2018.20295. [Epub ahead of print] **Curbing unnecessary and wasted diagnostic imaging.** Acessado em: 10 jan 2019.

PINESH A. . **Pediatras dizem não ao managed care.** Soc Bras Ped SBP Notícias nº 4 ano I fevereiro 1999. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/srs/uploads/2015/02/Sbp04.pdf>>. Acessado em 13 dez. 2016.

PORTO, C. C. **Exame Clínico: bases para a prática médica**, pgs 26-29.6a ed. Rio de Janeiro - Guanabara Koogan, 2011.

PORTO, C. C. **Exame Clínico: bases para a prática médica**, pg 41.8<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro - Guanabara Koogan, 2017.

## REGULAÇÃO DO CÁLCIO E FÓSFORO NA SAÚDE BUCAL

### **Camila Teixeira do Nascimento**

Universidade do Oeste Paulista, Faculdade de Odontologia

Presidente Prudente – São Paulo

### **Mariáli Muniz Sassi**

Centro Universitário de Adamantina, Faculdade de Odontologia

Adamantina – São Paulo

### **Mariana Meira França**

Centro Universitário de Adamantina, Faculdade de Odontologia

Adamantina – São Paulo

### **Fabio Alexandre Guimarães Botteon**

Centro Universitário de Adamantina, Faculdade de Odontologia

Adamantina – São Paulo

**RESUMO:** O cálcio e o fósforo (Ca-P) são um dos minerais mais abundantes nos seres vivos, constituintes de DNA e RNA e fundamentais para o fortalecimento dos ossos e dentes. Ambos funcionam juntos e são absorvidos no intestino e metabolizados no fígado e rins, com a participação da vitamina D para maior absorção. Sua abstinência pode causar desmineralização dentária e quando um indivíduo já apresenta um caso de desmineralização, a remineralização pode ser feita através da alimentação, suplementada com esses nutrientes (Ca-P), além da regulação hormonal e distribuição

tissular dos mesmos. O excesso de fósforo interfere na absorção do cálcio e aumenta a porosidade dos ossos e dentes. O cálcio precisa estar em equilíbrio com o flúor, pois fazem parte da constituição da molécula de hidroxiapatita originando cristais de apatita que reduz a solubilidade do esmalte sendo importante durante a formação dos dentes, pois ajuda a formar a região de cicatrículas e fissuras. Além disso, o fluoreto pela sua presença na saliva, na placa ou no esmalte, interfere na colonização das bactérias. Outro fator que pode influenciar na quantidade de cálcio e fósforo na boca, é o clareamento dental, que diminui a concentração desses minerais, porém, diversas pesquisas ainda estão sendo realizadas para comprovação. Considerando o cálcio e o fósforo como um dos minerais mais importantes no organismo, esta pesquisa teve como objetivo realizar uma revisão de literatura a fim de relacionar a importância e influência destes minerais na saúde bucal.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cálcio. Fósforo. Alimentação. Clareamento Dental.

**ABSTRACT:** Calcium and phosphorus are most abundant in living organisms, constituents of DNA and RNA, and are key to strengthening bones and teeth. Both work together and are absorbed in the intestine and metabolized in the blood and with the participation of vitamin D for

increased absorption. Their abstinence can cause dental demineralization and, when an event already presents a case of demineralization, a remineralization can be done through the diet, supplement with these nutrients (Ca-P), and the hormonal regulation of their release. Excess phosphorus interferes with the absorption of calcium and increases the porosity of bones and teeth. Calcium must be in equilibrium with fluoride, since they are part of the concentration of hydrogen hydroxide, giving rise to apatite crystals that reduce the solubility of the enamel being important during the formation of the teeth, since they form a region of cicatrículas and fissures. In addition, fluoride by its presence in saliva, plaque or enamel, interferes with the colonization of bacteria. Another factor that can influence the amount of calcium and phosphorus in the mouth is dental bleaching, which is the extent to which they are minerals, but the data is still being made for testing. Considering calcium and phosphorus as one of the most important minerals in the body, this research aimed to perform a literature review in order to relate the importance and influence of these minerals in oral health.

**KEYWORDS:** Calcium. Phosphorus. Feeding. Tooth Bleaching.

## 1 | INTRODUÇÃO

O cálcio é um dos minerais mais presentes no organismo. Cerca de 99% está presente nos ossos e dentes, na forma de hidroxapatita e está contido em três compartimentos principais: esqueletos, tecidos moles e líquido extracelular e, 90% do cálcio é armazenado nos ossos, com uma troca constante no sangue, tecidos e ossos. Seu papel no organismo é fundamental para o fortalecimento de ossos e dentes além do funcionamento adequado do sistema nervoso e imunológico, contração muscular, coagulação sanguínea, arterial, regulação da pressão arterial, secreção hormonal e, quando associado ao fósforo, formam a estrutura de diversas enzimas (INSTITUTO MINEIRO DE ENDOCRINOLOGIA; VIVA 50; COPACABANA RUNNERS).

O fósforo está entre os principais elementos químicos que constituem os seres vivos, estando também, presente na composição de ossos, dentes e moléculas como: ATP, DNA, RNA e enzimas. Como trifosfato de adenosina (ATP), ou outros fosfatos orgânicos, o elemento tem um papel indispensável em processos bioquímicos, pois todos os mecanismos biológicos que utilizam fósforo, é em forma de ortofosfato ou, alternativamente, como polifosfato, que através de hidrólise, se transforma em ortofosfato (INSTITUTO MINEIRO DE ENDOCRINOLOGIA).

Considerando o cálcio e o fósforo como um dos minerais mais importantes no organismo, esta pesquisa teve como objetivo realizar uma revisão de literatura a fim de relacionar a importância e influência destes minerais na saúde bucal.

A metodologia utilizada foi uma revisão bibliográfica com base em dados da literatura nacional e internacional sobre a importância e funções do cálcio e fósforo no organismo e na saúde bucal.

## 2 | CÁLCIO

O cálcio é o mineral mais abundante do corpo humano, sendo concentrado nos nossos ossos e dentes, além de estar relacionado à doenças ósseas como por exemplo, a osteoporose (INSTITUTO MINEIRO DE ENDOCRINOLOGIA).

A vitamina D é indispensável para absorção do cálcio, pois além de efeitos indiretos sobre a absorção gastrointestinal de cálcio e fosfato PTH ativa a conversão da 25-hidroxivitamina D a 1,25-diidroxicolecalciferol (calcitriol) e regula a homeostase do cálcio, do fósforo no intestino, nos ossos e dentes. Este mineral é encontrado no sol e alimentos como, por exemplo: atum enlatado em água, óleo de fígado de bacalhau, sardinhas enlatadas em óleo, fígado ou carne, magnésio e fósforo (TUA SAÚDE).

Além disso, também é componente essencial das células em organismos vivos, fazendo parte das moléculas de DNA e RNA e participando de funções no organismo como a integração dentro da estrutura de ossos e dentes, conferindo a eles a participação em reações de moléculas orgânicas formadas por hidrogênio, oxigênio e carbono; atua na contração muscular e controle do equilíbrio do fósforo (TENUTA; MARÍN; CURY, 2017).

Entre as principais fontes de cálcio estão laticínios: leite, iogurte e queijos; peixes ósseos, legumes, brócolis, repolho (INSTITUTO MINEIRO DE ENDOCRINOLOGIA).

## 3 | METABOLISMO DO CÁLCIO

O processo de absorção do cálcio acontece por meio do transporte ativo e da difusão passiva na mucosa intestinal. O transporte ativo do cálcio para dentro dos enterócitos e fora, do lado seroso, gasta energia, é saturável e unidirecional. O cálcio deve adentrar as células do intestino na membrana da borda em escova (ou borda estriada) e ser transportado através dos canais epiteliais de cálcio. O transporte citado depende da ação da forma ativa de vitamina D – 1,25-di-hidroxivitamina D – e de seu receptor envolvendo uma vitamina ligante de cálcio (calbindina-D9k), com função de facilitar a difusão celular. A capacidade máxima de transporte intracelular de cálcio depende diretamente do conteúdo de calbindina D9k da célula. O cálcio deve atravessar a célula da membrana luminal para a membrana basolateral ligado a uma proteína, para manter os níveis intracelulares desse nutriente, dado que o cálcio ligado não é iônico nem metabolicamente ativo no interior da célula. O cálcio é absorvido mais rapidamente na parte proximal do duodeno em virtude de sua acidez ( $\text{pH} < 7$ ), causada pelo recebimento de ácido clorídrico secretado no estômago, mas a maior quantidade (70 a 80%), na realidade, é absorvida nos segmentos inferiores do intestino delgado, principalmente no íleo. Quanto menor o conteúdo de cálcio em um alimento ou refeição, proporcionalmente mais cálcio será absorvido.

Após entrar nas células intestinais, o cálcio deve ser extrusado para o espaço extracelular por alguns mecanismos contra o gradiente eletroquímicos. Nos intestinos,

a maioria é extrusada por uma bomba de adenosina tri-fosfato de cálcio da membrana plasmática. As bombas de troca de sódio/cálcio (NCX) são outro mecanismo para a extrusão de cálcio que ocorre em menor proporção no intestino, mas que é o meio predominante de extrusão da membrana basolateral dos rins. Uma vez em circulação, o cálcio pode ser transportado de várias formas (MARTINI; PETERS, 2016).

Sua carência tem como consequências a deformação óssea, osteoporose, fraturas, problemas no sistema nervoso central, como fraqueza muscular, enquanto que, seu excesso pode contribuir para o cálculo renal e insuficiência renal. Portanto, a quantidade necessária estabelecida de cálcio diária é de 1200mg para adultos, podendo chegar a 1500mg para mulheres grávidas ou que estão amamentando, mulheres e homens acima de 50 e 60 anos, respectivamente (SÓ NUTRIÇÃO).

#### 4 | CÁLCIO NO MEIO BUCAL

O cálcio tem papel fundamental na composição e formação dos dentes, sendo encontrado no esmalte, na dentina e na matriz extracelular circundante. Além disso, os dentes e o osso alveolar dentário são tecidos altamente ativos sofrendo remodelação ao longo do ciclo de vida (SUN et al., 2010, p. 985-9).

Os principais nutrientes envolvidos com a odontogênese são cálcio, fosfato, vitaminas A, C, D e o balanço protéico-energético (MENOLI et al., 2003, p. 33-40).

Segundo alguns estudos, a alteração metabólica no complexo vitamina D-cálcio-fósforo pode produzir efeitos sistêmicos como o raquitismo, caracterizando-se por projeção frontal e occipital do crânio com um aspecto quadrado da cabeça, além de apresentar protrusão anterior do esterno conhecido como “peito de pombo” e arqueamento lateral das pernas e baixa estatura. Entre as alterações dentárias, pode-se observar a ampliação da câmara pulpar e do canal radicular, dentina mais fina com largos glóbulos anormalmente calcificados, separados por largas zonas irregulares de dentina interglobular (MENOLI, 2003; CORRÊA, 1997).

#### 5 | SUBSTITUIÇÃO DO CÁLCIO PELO FLÚOR

Inicialmente é importante esclarecer as diferenças nas nomenclaturas “flúor” e “fluoreto”. O flúor está relacionado ao elemento químico flúor – este presente na natureza, mais comumente, na forma de minerais, ou seja, ligado a outros elementos químicos, como o cálcio. O fluoreto refere-se ao flúor na forma iônica, ou seja, F<sup>-</sup>, sendo responsável pelo mecanismo anticárie do elemento químico – o fluoreto só tem ação anticárie quando está na forma iônica (TENUTA; MARÍN; CURY, 2017).

O flúor substitui grupos hidroxila na molécula de hidroxiapatita originando cristais de apatita mais volumosos e com geometria específica que desorganizam a estrutura cristalina óssea, dificultando os processos normais de remodelagem óssea e

comprometendo a mobilização do cálcio e do fósforo depositados nos ossos. O esmalte dentário humano é composto pela hidroxiapatita. Quando o flúor é administrado pela via oral durante a fase de formação dos dentes decíduos e permanentes, há a formação de esmalte com hidroxiapatita fluoretada. O esmalte também pode conter fluorapatita quando sofre descalcificação por um início de cárie e é remineralizado com aplicação tópica de flúor. Na prática, a fluorapatita é muito mais efetiva na redução das cáries que a hidroxiapatita fluoretada (ESQUADRÃO DO CONHECIMENTO).

Ainda assim, sabe-se que o flúor reduz a solubilidade do esmalte; é importante durante a formação dos dentes, pois ajuda a formar a região de cicatrículas e fissuras, fazendo contato com os dentes do arco oposto, região na qual é acometida por cáries e retenção de alimentos frequentemente. O fluoreto deve estar presente continuamente na fase aquosa, ao redor do dente, na saliva, no fluido da placa e na fase aquosa dos poros de esmalte produzindo a inibição da doença. Ainda, o fluoreto pela sua presença na saliva, na placa ou no esmalte, interfere a colonização das bactérias, seu desenvolvimento e/ou sua atuação (ESQUADRÃO DO CONHECIMENTO).

## 6 | FÓSFORO

O fósforo é fundamental para os ossos e dentes participando também da composição estrutural das células e estando presente em diversas reações bioquímicas, como no metabolismo energético e metabolismo de carboidratos e gorduras, além de atuarem no organismo como tampão no plasma e na urina (MOTTA, 2000; CORRÊA, 1997).

As quantidades de fósforo e cálcio precisam estar equilibradas entre si para que exerçam suas funções. A quantidade diária necessária de fósforo é de 800 a 1200 mg. É importante ressaltar que deve-se consumir duas vezes mais cálcio do que fósforo pois o excesso de fósforo pode interferir na absorção do cálcio e causar porosidade nos ossos, sendo importante também estar presente a vitamina D e o cálcio para utilização do fósforo no funcionamento do organismo. Entre as fontes de fósforo estão: leites e derivados, cereais integrais, leguminosas, carnes (CORRÊA, 1997).

## 7 | INTERFERÊNCIA DO CLAREAMENTO DENTAL NA REGULAÇÃO DO CA-P

O clareamento dental é hoje integrante dos procedimentos que compõe a odontologia estética. São inúmeras as técnicas de clareamento dental, aplicações de agentes químicos na superfície dental e várias substâncias têm sido empregadas com objetivo de alterar as cores dos dentes, como por exemplo o peróxido de hidrogênio. Tendo o intuito de não ocorrer problemas como desmineralização, biomateriais como o cálcio, hidroxiapatita e flúor vem sendo introduzidos nos clareadores.

Segundo a pesquisa realizada por Tholt et al (2014), foi realizado uma análise

da composição química do esmalte dental no que diz a respeito à concentração de cálcio e fosfato e foi possível observar que a associação do cálcio na composição do agente clareador à base de peróxido de hidrogênio 35% não demonstrou ser relevante para a incorporação de cálcio no esmalte dental e a técnica clareadora com peróxido de hidrogênio a 35% ativada ou não por luz de LED, não causou efeitos deletérios na composição química do esmalte dental.

## 8 | CONCLUSÃO

O cálcio e o fósforo são minerais presentes na composição e formação dos ossos e dentes, além de exercerem diversas funções no organismo. Sendo assim, possuem grande relevância para a saúde bucal devendo-se considerar seus processos metabólicos quanto ao excesso e carência, assim como a relação entre eles já que, o fósforo em excesso interfere na absorção do cálcio no processo metabólico. Com isso, a desregulação destes minerais no organismo pode interferir na formação dos dentes e ossos, como por exemplo: ampliação da câmara pulpar e do canal radicular, dentina afilada com glóbulos anormalmente calcificados, raquitismo, deformações e porosidades ósseas e osteoporose.

Na Odontologia estética atual, o clareamento dental é frequente e diversos estudos são realizados a fim de entender o processo de desmineralização e, se biomateriais como o cálcio, hidroxiapatita e flúor associados aos géis clareadores interferem ou diminuem o processo de desmineralização. Porém, a literatura não possui estudos suficientes e relevantes sobre a interferência do clareamento dental na quantidade de cálcio do esmalte dentário, devendo ser realizado mais estudos para a comprovação.

## REFERÊNCIAS

CORRÊA, M. S. N. P. et. al. **Raquitismo: revisão de literatura e relato de um caso clínico.** Revista Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 237-241, mai./jun. 1997.

COPACABANA RUNNERS. **Sais minerais na saúde: Ferro, Cálcio, Fósforo, Iodo, Magnésio, Zinco, Potássio, Selênio, Sódio, Flúor.** [s.d.]. Disponível em: <<https://www.copacabanarunners.net/mineral.html>>. Acesso em: 21 out. 2015.

ESQUADRÃO DO CONHECIMENTO. **Por quê o flúor substitui o cálcio nos dentes?.** [s.d.]. Disponível em: <<https://esquadraodoconhecimento.wordpress.com/ciencias-da-natureza/quim/por-que-o-fluor-substitui-o-calcio-nos-dentes/>>. Acesso em: 21 out. 2015.

INSTITUTO MINEIRO DE ENDOCRINOLOGIA. **A importância dos sais minerais.** c2000-2018. Disponível em: <<http://www.endocrinologia.com.br/nutricao/a-importancia-dos-sais-minerais.php>>. Acesso em: 21 out. 2015.

MARTINI, L. A.; PETERS, B. S. E. **Cálcio e vitamina D: fisiologia, nutrição e doenças associadas.** Barueri: Manole, 2017.

MENOLI, A. P. V. et. al. **Nutrição e desenvolvimento dentário.** Ciências biológicas e da saúde,

Ponta Grossa, v. 9, n. 2, p. 33-40, Jun. 2003.

MOTTA, V. T. **Bioquímica Clínica: Princípios e Interpretações**. 5. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2009.

SÓ NUTRIÇÃO. **Micronutrientes**. c2008-2018. [s.d.]. Disponível em: <<https://www.sonutricao.com.br/conteudo/micronutrientes/#fimPag>>. Acesso em: 21 out. 2015.

SUN, W. et. al. **Alterations in phosphorus, calcium and PTHrP contribute to defects in dental and dental alveolar bone formation in calcium-sensing receptor-deficient mice**. Development, Cambridge, v. 137, n. 6, p. 985-9, Mar. 2010.

TENUTA, L. M. A.; MARÍN, L. M. M.; CURY, J. A. **Mecanismo de ação do fluoreto**. In: CURY, J. A.; TENUTA, L. M. A.; TABCHOURY, C. P. M. Bioquímica Oral. São Paulo: Artes Médicas Ltda, 2017. cap. 6, p. 110-123.

THOLT, B. et. al. **Análise química do esmalte dental após a aplicação de técnica clareadora in-office**. Journal of the Health Sciences Institute, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 357-364, Nov. 2014.

TUA SAÚDE. **Alimentos ricos em vitamina D**. [s.d.]. Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/alimentos-ricos-em-vitamina-d/>>. Acesso em: 21 out. 2015

VIVA 50. **Cálcio: deficiência, efeitos e sintomas**. [s.d.]. Disponível em: <<https://www.viva50.com.br/calcio-deficiencia-efeitos-sintomas/>>. Acesso em: 21 out. 2015.

## RELAÇÃO ENTRE ESTRESSE E CONDUTAS DE SAÚDE DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

### **Fabíola Feltrin**

Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HURCG), Programa Multiprofissional de Urgência e Emergência.  
Ponta Grossa – Paraná.

### **Luciane Patrícia Andreani Cabral**

Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HURCG), Programa Multiprofissional em Saúde. Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Departamento de Enfermagem e Saúde Pública.  
Ponta Grossa – Paraná.

### **Danielle Bordin**

Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HURCG), Programa Multiprofissional em Saúde. Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Departamento de Enfermagem e Saúde Pública.  
Ponta Grossa – Paraná.

### **Cristina Berger Fadel**

Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HURCG), Programa Multiprofissional em Saúde. Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Departamento de Odontologia. Ponta Grossa – Paraná.

**RESUMO:** Objetivou-se analisar a relação entre a presença do estresse e as condutas de saúde de residentes multiprofissionais de um hospital universitário. Realizou-se um estudo transversal, tipo inquérito, quantitativo,

de caráter exploratório e descritivo. A amostra foi composta pela totalidade de residentes multiprofissionais em saúde (RMS) (n=98). Utilizou-se os questionários validados: “*National College Health Risk Behavior Survey*”, que avalia condutas de saúde através de temas como: uso do tabaco, comportamento alimentar, prática de atividade física, uso do álcool e outras drogas, comportamento sexual, segurança no trânsito e comportamentos relacionados à violência; o ‘Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp’ que avalia o estresse. A variável dependente foi o estresse e as independentes as condutas de saúde (n=36), analisadas pelos testes qui-quadrado e exato de Fisher. A maioria (64%) dos RMS não apresentou nenhum sinal de estresse e 46% algum nível de estresse, sendo 85% na fase resistência. Verificou-se associação de estresse apenas com tentativa de suicídio (p=0,0005), as demais condutas de saúde não apresentaram associação (p>0,05). Conclui-se que ainda que a grande maioria das condutas de saúde analisadas no presente estudo não tenha se relacionado de forma significativa com os níveis de estresse entre os residentes investigados, defende-se a relevância e a gravidade do achado em relação à variável tentativa de suicídio.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estresse Relacionado a Aspectos da Vida; Condutas de Saúde; Especialização; Formação Profissional em

**ABSTRACT:** The objective of this study was to analyze the relationship between the presence of stress and the health behaviors of multiprofessional residents of a university hospital. It was a cross-sectional, quantitative, descriptive and exploratory study. The sample consisted of all multiprofessional health residents (RMS) (n=98). Validated questionnaires were used: 'National College Health Risk Behavior Survey', which evaluates health behaviors through topics such as: tobacco use, eating behavior, physical activity, alcohol and other drug use, sexual behavior, traffic and violence-related behaviors; the 'Stress Symptom Inventory for Adults of Lipp' that assesses stress. The dependent variable was stress and the independent health behaviors (n=36), analyzed by chi-square and Fisher's exact tests. Most (64%) of RMS did not present a sign of stress and 46% had some level of stress, being 85% in the resistance phase. There was a stress association with only a suicide attempt ( $p=0.0005$ ), the other health behaviors did not show any association ( $p>0.05$ ). It is concluded that although the great majority of the health behaviors analyzed in the present study were not significantly related to the stress levels among the investigated residents, we defend the relevance and severity of the finding in relation to the attempted variable of suicide.

**KEYWORDS:** Stress, Psychological; Health Behavior; Specialization; Health Human Resource Training; Tertiary Healthcare.

## 1 | INTRODUÇÃO

No âmbito da educação superior e pós-graduação o fenômeno do estresse vem sendo amplamente discutido pela literatura mundial, em especial, por sua relação com a qualidade de vida de estudantes. Definições atuais compreendem o estresse como um conjunto de reações do organismo, físicas e emocionais, frente a agressões e situações desafiadoras de origens diversas, capazes de perturbar o equilíbrio interno (KATSURAYAMA et al., 2011).

Em especial no campo da pós-graduação em saúde, estudantes se deparam com altas demandas de trabalho, emoções envolvidas no tratamento de pacientes e o aprendizado de novas habilidades clínicas, os quais frequentemente emergem como fatores desencadeantes do estresse (FARO, 2013). *Ainda, e especificamente para estudantes de Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS)*, características próprias desse cenário institucional como sobrecarga curricular e de trabalho, ausência de tempo para a vida acadêmica e particular, e incertezas quanto à futura inserção profissional mostram-se capazes de afetar o ajustamento psicossocial desses estudantes (POMINI et al., 2018), exigindo reflexões acerca de suas condições de vida e de trabalho (SILVA et al., 2014).

No desfecho deste contexto de estudo e trabalho, próprio dos programas de RMS, o estresse e a ansiedade têm sido associados a indicadores negativos de condutas de saúde, como aumento do uso de drogas e álcool (WHITE; HINGSON, 2013), *alterações*

de peso (MORI et al., 2017; SOUSA; BARBOSA, 2017), não desenvolvimento de atividade física, hábitos de dieta inadequados e estilos de vida não saudáveis em geral (FRATES et al., 2017), significando, esses novos hábitos, válvulas de escape sociais (POMINI et al., 2018). Apesar destas implicações, as relações entre tensão no ambiente profissional e comportamento em saúde têm sido pouco estudadas (SANTANA-CARDENAS, 2016) e carecem maior aprofundamento e compreensão.

Nesta perspectiva, as condutas de saúde e os elementos que contribuem para o bem-estar pessoal devem ser valorizados, entre eles, o controle do estresse, a nutrição equilibrada e adequada, a atividade física habitual, os comportamentos preventivos às doenças e o cultivo de relacionamentos sociais (CAMPOS et al., 2016). Ressalta-se ainda que os mesmos são mediados fatores culturais, sociais, religiosos, socioeconômicos, ambientais e educacionais.

Sendo as Residências Multiprofissionais em Saúde um cenário novo de espaços coletivos e multidimensionais que envolvem a associação de atividades de ensino, aprendizagem e trabalho, a hipótese a ser aqui confirmada é a de que as RMS possam constituir fonte etiológica para o estresse e para o desencadeamento de comportamentos não saudáveis entre profissionais residentes.

Frente ao exposto, o presente estudo objetiva analisar a relação entre a presença do estresse e as condutas de saúde de residentes multiprofissionais de um hospital universitário.

## 2 | METODOLOGIA

Realizou-se um estudo transversal, tipo inquérito, com a utilização de metodologia quantitativa, de caráter exploratório e descritivo.

O estudo foi desenvolvido junto à totalidade de residentes multiprofissionais do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HURCG), na cidade de Ponta Grossa, estado do Paraná, Brasil (n=98), que se dispuseram livremente a participar. O programa de residência multiprofissional de eleição abrange profissionais nas áreas de Fisioterapia, Farmácia, Educação Física, Enfermagem, Serviço Social, Fonoaudiologia e Odontologia. O ano base para a consulta foi 2018. A coleta de dados foi angariada por pesquisador treinado, de forma coletiva, em sala de aula. Para tanto, contou-se com a utilização de dois questionários: o primeiro intitulado “*National College Health Risk Behavior Survey*” (NCHRBS), com validação científica nacional (FRANCA; COLARES, 2010), que proporciona uma visão geral das condutas de saúde através da abordagem de temas centrais como uso do tabaco, comportamento alimentar, prática de atividade física, uso do álcool e outras drogas, comportamento sexual, segurança no trânsito e comportamentos relacionados à violência. Para a obtenção de dados relacionados ao estresse, contou-se com a utilização do instrumento nominado ‘Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp’- ISSL (Lipp, 2000), sendo que a tabulação

das informações seguiu a proposta do mesmo autor, a qual se baseia em um modelo quadrifásico (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão).

A variável dependente, presença de estresse, foi dicotomizada em: 'sem estresse' e 'com estresse'. No grupo 'com estresse' encontravam-se indivíduos que apresentaram índices de estresse, independente da fase de evolução. Optou-se pela formação de um único grupo de estresse em virtude de 88% da amostra estar concentrada em uma fase, a de resistência.

As variáveis foram analisadas mediante as distribuições de frequência, e o emprego dos testes qui-quadrado e exato de *Fisher* para verificar a presença de associações, sendo considerada a relação entre as condutas de saúde e os níveis de estresse como base para o cruzamento dos dados. Para análise utilizou-se o programa *Graph Pad In Sat*.

Os residentes foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa, seu caráter de voluntariedade e de não-identificação, assim como sobre a forma de coleta, análise e destino dos dados. Os que aquiesceram com sua participação, o fizeram, inicialmente mediante o preenchimento de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos da Universidade Estadual de Ponta Grossa (parecer nº 2.461.494/2018), respeitando os ditames da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

### 3 | RESULTADOS

Compuseram a amostra final 98 residentes multiprofissionais em saúde. Destes, 64% não apresentavam nenhum sinal de estresse e 36% algum nível de estresse, sendo 85% na fase resistência, 9% na fase de quase exaustão, os demais nas fases de alerta e exaustão (Tabela 01). Os resultados mostraram ainda 94% (n=33) residentes com estresse apresentaram sintomas psicológicos e apenas 6% (n=2) eventos físicos.

A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (n=86;88%); solteiros (n=77;79%), com média etária de 25,8 anos (21±46).

<b>Sem Estresse</b>	<b>Com Estresse</b>	<b>Fase Alerta</b>	<b>Fase Resistência</b>	<b>Fase Quase Exaustão</b>	<b>Fase Exaustão</b>	<b>Total da Amostra</b>
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
63 (64)	35 (36)	1 (3)	30 (85)	3 (9)	1 (3)	98 (100)

Tabela 01. Distribuição da prevalência do estresse entre residentes multiprofissionais em saúde, segundo modelo de evolução\*.

\* LIPP, 2000.

A tabela 02 mostra a distribuição de residentes segundo condutas de saúde e estresse. Verificou-se que no agrupamento das oito variáveis condizentes à segurança no trânsito e violência, apenas a tentativa de suicídio apresentou-se significativamente

associada ao grupo de indivíduos com estresse ( $p < 0,0005$ ).

No conjunto de variáveis atinentes ao consumo de tabaco e álcool e outras drogas as 12 variáveis analisadas com a presença de estresse, nenhuma apresentou associação significativa ( $p > 0,05$ ). Condição similar foi observada nas questões relativas ao comportamento sexual e alimentação, atividade física e peso ( $p > 0,05$ ) (Tabela 02).

Dimensão Conduta	Sem estresse Condutas (n=63)		Com estresse Condutas (n=35)		p valor
	Sem risco n(%)	Com risco n(%)	Sem risco n(%)	Com risco n(%)	
<b>Segurança no trânsito e violência</b>					
Uso do cinto de segurança banco da frente	55(87)	8(13)	25(71)	10(29)	$p=0,0616^*$
Uso do cinto de segurança banco da trás	14(22)	49(78)	9(26)	26(74)	$p=0,8044^*$
Uso de capacete ao andar de moto	26(93)	2(7)	13(100)	0(0)	$p > 0,05^*$
Uso de capacete ao andar de bicicleta	3(11)	25(89)	0(0)	13(100)	$p=0,5390^*$
Andar em um veículo no qual o motorista havia ingerido bebida alcoólica	26(41)	37(59)	11(30)	26(70)	$p > 0,05^*$
Andar armado (faca ou arma de fogo)	61(98)	1(2)	37(100)	0(0)	$p > 0,05^*$
Envolver-se em briga física no último ano	62(98)	1(2)	33(94)	2(6)	$p=0,2895^*$
Tentativa de suicídio	63(100)	0(0)	28(80)	7(20)	$p=0,0005^*$
<b>Consumo de tabaco e álcool e outras drogas</b>					
Já experimentou cigarro	33(53)	29(47)	22(63)	13(37)	$p=0,4802^{**}$
Faz/fez uso regular de cigarro	56(90)	6(10)	29(83)	6(17)	$p=0,3414^*$
Tentou parar de fumar	4(57)	3(43)	3(75)	1(25)	$p > 0,05^*$
Consumo de bebida alcoólica no último mês	17(27)	45(73)	7(19)	30(81)	$p=0,4679^*$
Experimentou maconha	44(70)	19(30)	26(72)	10(28)	$p=0,9834^*$
Consumo de maconha no último mês	57(90)	6(10)	32(91)	3(9)	$p > 0,05^*$
Uso de cocaína, crack ou freebase (ao longo da vida)	63(100)	0(0)	33(94)	2(6)	$p=0,1252^*$
Uso cola, inalação de aerossol ou spray para ficar fora da realidade ao (ao longo da vida)	62(98)	1(2)	31(88)	4(12)	$p=0,0534^*$
Uso de pílulas ou esteroides sem prescrição médica (ao longo da vida)	62(98)	1(2)	32(94)	2(6)	$p=0,2803^*$
Uso qualquer tipo de droga ilícita como LSD, PCP, ecstasy, cogumelo, anfetamina (speed ou ice) e/ou heroína (ao longo da vida)	58(92)	5(8)	30(86)	5(14)	$p=0,3229^*$
Consumo de qualquer tipo de droga ilícita como LSD, PCP, ecstasy, cogumelo, anfetamina (speed ou ice) e/ou heroína no último mês	63(100)	0(0)	34(97)	1(3)	--
Utilização de agulhas para injetar drogas ilícitas (ao longo da vida)	63(100)	0(0)	37(100)	0(0)	--
<b>Comportamento sexual</b>					
Utilização de preservativo***	15(30)	35(70)	10(38)	16(62)	$p=0,6259^{**}$
Consumo de álcool previamente ao ato sexual	51(86)	8(14)	25(74)	9(26)	$p=0,1641^*$
Método anticonceptivo					

Pílula	35(59)	24(41)	16(48)	17(52)	p=0,4328**
Preservativo	22(37)	37(63)	19(58)	14(42)	p=0,0971**
Nenhum	57(97)	2(3)	32(97)	1(3)	p>0,05*
Outro	50(85)	9(15)	31(94)	2(6)	p=0,3163*
Forçado a ter relação sexual	58(94)	4(6)	29(83)	6(17)	p=0,1611*
Realizado teste para verificar a presença de HIV	40(63)	23(37)	19(54)	16(46)	p=0,4985*
<b>Alimentação, atividade física e peso</b>					
Descrição de seu peso	25(40)	38(60)	13(37)	22(63)	p=0,9753*
Realizar dieta para emagrecer ou manter o peso	27(43)	36(57)	17(49)	18(51)	p=0,7391*
Realizar atividade física para perder ou manter peso	33(53)	29(47)	14(40)	21(60)	p=0,2983*
Vomitando ou tomar laxantes para perder ou manter peso	62(98)	1(2)	32(91)	3(9)	p=0,2803
Tomar pílulas para emagrecimento	60(95)	3(5)	32(94)	2(6)	p>0,05
Consumo de frutas	45(73)	17(27)	23(66)	12(34)	p=0,6323*
Consumo de saladas	47(77)	14(23)	22(63)	13(37)	p=0,2103*
Consumo de processados e ou frituras	32(51)	31(49)	17(49)	18(51)	p>0,05*
Consumo de doces	15(24)	48(76)	6(17)	29(83)	p=0,6074*
Frequência de atividade física	38(60)	25(40)	17(49)	18(51)	p=0,3626*

Tabela 02. Distribuição das condutas de saúde, segundo presença de estresse. Paraná, Brasil, 2018(n=98).

\* Emprego do teste Exato de Fisher.

\*\* Emprego do teste qui-quadrado.

## 4 | DISCUSSÃO

No presente estudo, o qual analisa a relação entre presença de estresse e condutas de saúde entre residentes multiprofissionais de um hospital universitário, verificou-se que quase metade dos investigados apresentou algum nível de estresse, confirmando a hipótese inicialmente levantada, de que o universo e o processo que permeia a residência multiprofissional em saúde constituem fonte etiológica para o estresse.

Vale destacar que a maioria dos sujeitos que apresentou algum nível de estresse encontrava-se na fase inicial do fenômeno, a fase de resistência, reconhecida pelo rompimento do equilíbrio intrínseco do organismo, expondo o indivíduo a maiores riscos em nível físico e emocional (CAHÚ et al., 2014). Estes achados coadunam com estudos considerando público similar em âmbito mundial (SERINOLLI; OLIVA; EL-MAFARJEH, 2015; SOUSA et al., 2017; SANTANA et al., 2018).

Nesse contexto, faz-se indispensável interpretar o estresse como condição recorrente na sociedade atual, devido à existência de vasta fonte de estressores, os quais induzem o indivíduo à vivência de rotinas insatisfatórias (WAHED; HASSAN, 2017; FREITAS; SILVA JUNIOR; MACHADO, 2016; TEIXEIRA; SOUZA; VIANA, 2018).

Contudo, a hipótese de que o estresse fosse capaz de desencadear

comportamentos não saudáveis entre profissionais residentes não foi confirmada para a maioria das condutas de saúde investigadas, apenas para a tentativa de suicídio. Ainda que não quantitativo, este resultado mostra-se extremamente preocupante, pois infere em desdobramento negativo máximo para a saúde dos investigados, assim como, expõe a profundidade e a qualidade da relação entre estresse e condutas de saúde.

A relação direta entre estresse e tentativa de suicídio está bem consolidada na literatura nacional (TANG; QIN, 2015; VASCONCELOS-RAPOSO et al., 2016; TEIXEIRA et al., 2018) e internacional (SMITH et al., 2014; WHO, 2014), e encontra-se fortemente atrelada ao universo acadêmico e às profissões da área da saúde. Altos níveis de estresse culminam ao sujeito alguns efeitos como ansiedade, raiva e desesperança, podendo ser associados a reações psíquicas, além de prejudicar a capacidade do sujeito em lidar com situações adversas, tornando-o susceptível. O estresse persistente pode alterar as concentrações de noradrenalina, serotonina, dopamina e seus receptores, o que pode levar ao aumento da ansiedade e da tristeza, culminando com o pensamento suicida (SUDOL; MANN, 2017).

Nesse sentido, o campo da RMS apresenta-se imerso em fatores desencadeantes do estresse. De um lado, o profissional da saúde pode perceber-se incapacitado e impotente frente ao sofrimento cotidiano das pessoas sob seus cuidados, às cobranças de seus respectivos familiares e à conexão entre vida, dor e morte (SILVA et al., 2015; ALMEIDA; BENEDITO; FERREIRA, 2017), e de outro, sentir a sua estabilidade emocional ameaçada por processos de cunho acadêmico, como o cumprimento de carga horária teórica em disciplinas e a realização de trabalho de conclusão de residência.

Além do próprio estresse, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), existem diversos outros fatores de risco para o suicídio, como: estigma social e dificuldade ao procurar ajuda, traumas, abusos, falta de suporte social, relacionamentos conflituosos, transtornos mentais, histórico de tentativas de suicídio, desesperança e histórico familiar de suicídio (WHO, 2014). Além disso, morar sozinho também é considerado fator de risco para a ideação suicida (VASCONCELOS-RAPOSO et al., 2016); bem como o preconceito, pressões acadêmicas, dificuldades financeiras, afastamento familiar (ALMEIDA et al., 2017), condições rotineiramente permeadas pelo universo da RMS. Essas situações aumentam os níveis de ansiedade e estresse, e quando associado a outros fatores de risco a saúde, aumentam a ideação suicida (ALMEIDA et al., 2017).

Atualmente o suicídio é considerado um grave problema de saúde pública, não somente pelos altos índices, mas por envolver multifatores, sendo eles socioculturais, psicossociais e ambientais (TEIXEIRA et al., 2018). A prevalência de tentativas de suicídio entre profissionais da RMS investigada foi de 7%, valor semelhante a um estudo realizado com discentes do ensino superior politécnico de Portugal, o qual evidenciou uma prevalência de 6,5% (GONÇALVES, 2014). Já na pesquisa realizada

com estudantes de psicologia na Colômbia, este número foi bem mais elevado, de 66,7% para homens e 48,5% para mulheres (SEPÚLVEDA; PÉREZ; VALENCIA, 2016).

Neste sentido, é fundamental que se invista em estratégias que minimizem a tentativa de suicídio e o próprio ato, atuando fortemente nos fatores de risco e de proteção para o comportamento suicida, principalmente no estresse que, como visto, é um gatilho para a execução do ato (VASCONCELOS-RAPOSO et al., 2016; BRASIL, 2017; TEIXEIRA et al., 2018). Neste ínterim, abarca-se a conscientização dos sujeitos e coletivos acerca da saúde mental, levantando-se as discussões acerca do autoconhecimento enquanto ser humano; desmistificação de estigma em relação aos transtornos mentais e depressão; concessão de voz ativa à temática suicídio; acolhimento adequado e oportuno dos serviços de saúde para os sujeitos com ideação suicida (OPP, 2013). Outra estratégia que pode prevenir suicídios e tentativas é a restrição do acesso a meios letais, armas de fogo, medicações, pesticidas, incorporação de ações à prevenção do suicídio pelos serviços de saúde (OPS, 2014).

Ainda que evidenciada esta relação crítica entre o estresse e a tentativa de suicídio, as demais condutas de saúde investigadas não apresentaram forte relação com o estresse. Pode inferir-se que, no grupo investigado, o estresse não foi determinante para embasar as condutas de saúde relacionadas à segurança no trânsito e violência, consumo de drogas lícitas e ilícitas, comportamento sexual, alimentação, atividade física e peso, podendo ser estas condutas mais influenciadas por outros fatores, como predileções individuais arraigadas ao longo da vida ou introduzidas pelo meio onde vive e questões culturais (BORINE; WANDERLEY; BASSITT, 2015; BENAVENTE et al., 2017; BELEM et al., 2016).

Não obstante, apesar da baixa influência do estresse nas condutas de saúde, e da maioria da amostra se encontrar em estado de resistência quanto ao estresse, não se deve ignorar o fato de o estresse existir. Segundo Lipp (2003), o organismo humano conta com energia adaptativa a situações estressoras, contudo, se o agente estressor não for interrompido e o sujeito não tiver estratégias para lidar com a situação estressora, o organismo esgota sua reserva e as fases do estresse irão progredir, acarretando a exaustão e com isso o adoecimento (LIPP, 2003) e consequentes mudanças progressivas nas suas práticas cotidianas (SILVA, 2010).

Neste sentido, faz-se importante a criação de atividades de prevenção ao estresse nas instituições de ensino, em especial nos hospitais escola que trabalham com a dupla função, ensino e serviço, através de políticas institucionais, que permitam que os residentes tenham uma melhor qualidade de vida (VIEIRA; SCHERMANN, 2015). Incentivar a prática de atividades físicas, meditação, terapias em grupo, (CARPENA; MENEZES, 2017; WANG et al., 2017; FAN; TANG; POSNER, 2014; GREESON et al., 2014; REGEHR; GLANCY; PITT, 2013), bem como potencializar estratégias promotoras de boas condutas de saúde, em especial a conscientização (CAMPOS et al., 2016) entre os residentes podem ser alternativas bastante viáveis para este fim.

## 5 | CONCLUSÃO

Ainda que a grande maioria das condutas de saúde analisadas no presente estudo não tenha se relacionado de forma significativa com os níveis de estresse entre os residentes investigados, defende-se a relevância e a gravidade do achado em relação à variável tentativa de suicídio.

A desmistificação de crenças sobre a ambiência insalubre de instituições hospitalares, a importância do cuidar de quem cuida, da observação cautelosa e ativa da subjetividade do sofrimento de profissionais residentes, o tratar preventivo de indícios mesiais e distais de inquietação pessoal, profissional e ambiental, e as evidências científicas entre a presença da ideação suicida e o suicídio consumado devem ser acautelados por curadores e gestores de hospitais públicos e particulares, em especial, os que envolvem programas de residência multiprofissional em saúde.

## REFERÊNCIAS

BELEM, Isabella Caroline et al. **Associação entre comportamentos de risco para a saúde e fatores sociodemográficos em universitários de educação física**. *Motricidade*, v. 12, n. 1, p. 3-16, 2016. Disponível em: <<https://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/view/3300/7387>> Acesso em: 20 out. 2018.

BENAVENTE, Sonia Betzabeth Ticona et al. **Influence of stress factors and socio-demographic characteristics on the sleep quality of nursing students**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, n. 3, p. 514-520, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/84118/86993>> Acesso em 19 out. 2018.

BORINE, Rita de Cássia Calderani; WANDERLEY, Kátia da Silva; BASSITT, Débora Pastore. **Relação entre a qualidade de vida e o estresse em acadêmicos da área da saúde**. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, v. 6, n. 1, p. 100-118, 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/2186724>> Acesso em: 15 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017 a 2020**. Brasília, 2017. Disponível em: <[https://www.neca.org.br/wp-content/.../cartilha\\_agenda-estrategica-publicada.pdf](https://www.neca.org.br/wp-content/.../cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf)> Acesso em 25 out. 2018.

CAHU, Renata Ayanna Gomes et al. **Stress and quality of life in multi-professional residency**. *Rev. bras. ter. cogn.* [online]. 2014, v.10, n.2, p. 76-83. Disponível em: <[http://www.rbtc.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=200](http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=200)> Acesso em: 19 out. 2018.

CAMPOS, Luciane Luciane et al. **Condutas de saúde de universitários ingressantes e concluintes de cursos da área da saúde**. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v. 18, n. 2, p. 17-25, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15080>> Acesso em 20 set. 2018.

CARPENA, Marina Xavier; MENEZES, Carolina Baptista. **Efeito da meditação focada no estresse e mindfulness disposicional em universitários**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 34, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-37722018000100500&Ing=en&nr=m=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-37722018000100500&Ing=en&nr=m=iso)> Acesso em: 28 out. 2018.

DANTAS, Héliida Maravilha et al. **Quebrando tabus: os fatores que levam o suicídio entre universitários**. *Revista de Pesquisa Interdisciplinar*, v. 2, n. 2, 2017. Disponível em: <<http://revistas.ufcg.edu.br/cfp/index.php/pesquisainterdisciplinar/article/view/383>> Acesso em: 20 out. 2018.

FAN, Yaxin; TANG, Yi-Yuan; POSNER, Michael. **Cortisol level modulated by integrative meditation in a dose-dependent fashion.** Stress Health, v. 30, n. 1, p. 65-70, 2014.

FARO, André. **Estresse e estressores na pós-graduação: Estudo com mestrandos e doutorandos no Brasil.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 29, n. 1, p. 51-60, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722013000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722013000100007)> Acesso em: 29 set. 2018.

FRANCA, Carolina da; COLARES, Viviane. **Validação do National College Health Risk Behavior Survey para utilização com universitários brasileiros.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 1209-1215, 2010.

FRATES, Elizabeth Pegg et al. **A Web-Based Lifestyle Medicine Curriculum: Facilitating Education About Lifestyle Medicine, Behavioral Change, and Health Care Outcomes.** JMIR medical education, v. 3, n. 2, 2017.

FREITAS, Mariana de Albuquerque; SILVA JUNIOR, Osni Claudiano; MACHADO, Daniel Aragão. **Stress Level And Quality Of Life Of Residents Nurses.** Journal of Nursing UFPE on line, v. 10, n. 2, p. 623-630, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10998>> Acesso em: 15 nov. 2018.

GONÇALVES, Amadeu Matos. **Avaliação do risco de suicídio em estudantes do ensino superior politécnico: prevalência e factores associados.** 2014. Disponível em: <<https://sigarra.up.pt/icbas/en/pubgeral.showfile?pigdocid=604928>> Acesso em: 25 set. 2018.

GREESON, Jeffrey M et al. **A randomized controlled trial of Koru: a mindfulness program for college students and other emerging adults.** Journal of American College Health, v. 62, n. 4, p. 222-233, 2014.

KATSURAYAMA, Marilise et al. **Avaliação dos níveis de estresse psicológico em médicos residentes e não residentes de hospitais universitários.** Psicologia Hospitalar, v. 9, n. 1, p. 75-96, 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092011000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092011000100005)> Acesso em: 28 out. 2018.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL).** São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 76, 2000.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria a aplicações clínicas. In: **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria a aplicações clínicas.** 2003.

MORI, Claudia Oliveira et al. **Excesso de peso em universitários: estudo comparativo entre acadêmicos de diferentes cursos e sexos.** RBONE, v. 11, n. 68, p. 717-721, 2017. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/640>> Acesso em: 19 out. 2018.

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses. **Prevenção e Intervenção Psicológica no Suicídio.** Lisboa, 2013. Disponível em: <<http://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/preveintervpsicuisuic.pdf>> Acesso em: 20 set. 2018.

OPS – Organización Panamericana de La Salud. **Prevención Del suicidio: un imperativo global.** Washington, 2014.

POMINI, Marcos Cezar et al. **A influência da posição acadêmica sobre condutas de saúde em universitários.** Revista da ABENO, v. 18, n. 1, p. 74-83, 2018. Disponível em: <<https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/395>> Acesso em: 15 set. 2018.

REGEHR, Cheryl; GLANCY, Dylan; PITTS, Annabel. **Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis.** Journal of affective disorders, v. 148, n. 1, p. 1-11, 2013.

Disponível em: <<http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?ID=12013028391>> Acesso em 02 nov. 2018.

SANTANA, Leni de Lima et al. **Estresse no cotidiano de graduandos de enfermagem de um instituto federal de ensino**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 8, 2018. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2738>> Acesso em: 15 out. 2018.

SANTANA-CÁRDENAS, Soraya. **Relación del estrés laboral con la conducta alimentaria y la obesidad: Consideraciones teóricas y empíricas**. Revista mexicana de trastornos alimentarios, v. 7, n. 2, p. 135-143, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232016000200135&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232016000200135&script=sci_abstract)> Acesso em: 19 out. 2018.

SEPÚLVEDA, Paulo César González; PÉREZ, Óscar Adolfo Medina; VALENCIA, Juan Carlos Ortiz. **Riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de Psicología en una Universidad pública de Colombia**. Revista Habanera de Ciencias Médicas, v. 15, n. 1, p. 136-146, 2016. Disponível em: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2016000100015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100015)> Acesso em: 15 out. 2018.

SERINOLLI, Mario Ivo; OLIVA, Maria da Penha Monteiro; EL-MAFARJEH, Elias. **Antecedente de ansiedade, síndrome do pânico ou depressão e análise do impacto na qualidade de vida em estudantes de Medicina**. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, v. 4, n. 2, p. 113-126, 2015.

SILVA, Darlan dos Santos Damásio et al. **Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 49, n. 6, p. 1023-1031, 2015.

SILVA, Juliana Fernandes da Costa. **Estresse ocupacional e suas principais causas e consequências**. Universidade Cândido Mendes. Instituto a vez do mestre, 2010. Disponível em: <[www.avm.edu.br/docpdf/monografias\\_publicadas/k213171.pdf](http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/k213171.pdf)> Acesso em: 19 set. 2018.

SILVA, Rodrigo Marques et al. **Estresse e hardiness entre residentes multiprofissionais de uma universidade pública**. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 4, n. 1, p. 87-96, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8921>> Acesso em: 19 set. 2018.

SMITH, Sydney S. et al. **Mediating effects of stress, weight-related issues, and depression on suicidality in college students**. Journal of American college health, v. 63, n. 1, p. 1-12, 2015.

SOUSA, Claudenice Gomes et al. **Nível de estresse em universitários-trabalhadores dos últimos períodos de uma instituição privada de Uberlândia-MG**. e-RAC, v. 7, n. 1, 2018. Disponível em: <<http://www.computacao.unitri.edu.br/erac/index.php/e-rac/article/view/962>> Acesso em: 20 set. 2018.

SOUSA, Thiago Ferreira de; BARBOSA, Aline Rodrigues. **Prevalências de excesso de peso corporal em universitários: análise de inquéritos repetidos**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 20, p. 586-597, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n4/1980-5497-rbepid-20-04-586.pdf>> Acesso em: 06 nov. 2018.

SUDOL, Katherin; MANN, J. John. **Biomarkers of suicide attempt behavior: towards a biological model of risk**. Current psychiatry reports, v. 19, n. 6, p. 31, 2017.

TANG, Fang; QIN, Ping. **Influence of personal social network and coping skills on risk for suicidal ideation in Chinese university students**. PLoS One, v. 10, n. 3, p. e0121023, 2015.

TEIXEIRA, Selena de Oliveira Mesquita; SOUZA, Luana Elayne Cunha; VIANA, Luciana Maria Maia. **Suicide as a public health issue**. Rev Bras Promoç Saúde, 31(3): 1-3, 2018.

VASCONCELOS-RAPOSO, José et al. **Níveis de ideação suicida em jovens adultos**. Estudos de Psicologia, v. 33, n. 2, p. 345-354, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2016000200345&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2016000200345&script=sci_abstract&lng=pt)> Acesso em: 29 out. 2018.

VIEIRA, Lidiani Nunes; SCHERMANN, Lígia Braun. **Estresse e fatores associados em alunos de psicologia de uma universidade particular do sul do Brasil**. Aletheia, n. 46, 2015. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-03942015000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-03942015000100010)> Acesso em: 28 out. 2018.

WAHED, Wafaa Yousif Abdel; HASSAN, Safaa Khamis. **Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among medical Fayoum University students**. Alexandria Journal of Medicine, v. 53, n. 1, p. 77-84, 2017. Disponível em: <<https://www.ajol.info/index.php/bafm/article/view/154055>> Acesso em: 29 out. 2018.

WANG, Shuo et al. **Acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy as treatments for academic procrastination: A randomized controlled group session**. Research on Social Work Practice, v. 27, n. 1, p. 48-58, 2017.

WHITE, Aaron; HINGSON, Ralph. **The burden of alcohol use: excessive alcohol consumption and related consequences among college students**. Alcohol research: current reviews, 2013.

WHO – World Health Organization. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: WHO Press, World Health Organization, 89p, 2014.

## RELAÇÕES DE SABER E PODER NA ENFERMAGEM: CONTRIBUIÇÕES DE MICHAEL FOUCAULT

**Marcelen Palu Longhi**

Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar, Tupã, São Paulo.

Bacharel em Enfermagem e Ciências Sociais,  
Mestre em Saúde Pública.

**RESUMO:** O presente trabalho denota a importância do pensamento de Michel Foucault para reflexão acerca das práticas de enfermagem. Foucault possibilita uma visão desnaturalizante da história, poder e saber na sociedade moderna. Neste trabalho, pretende-se analisar as relações de poder e saber constituídas no campo da enfermagem, especialmente, no tocante aos corpos dos enfermos. Como aparato teórico, nos baseamos no entendimento de Foucault acerca das relações de poder (disciplinar, biopoder, governamentalidade) e saber, destacando a possibilidade de práticas resistência às formas de dominação. A metodologia utilizada foi a revisão de literatura na biblioteca virtual SciELO, sendo selecionados 15 publicações para este trabalho. A partir da análise da literatura foram construídas duas categorias de discussão. A primeira, *corpos disciplinados: constructo atravessado por relações de poder e saber* revela que o poder disciplinar perpassa as práticas de enfermagem no corpo do paciente, orienta a organização do fazer dos próprios

profissionais de saúde, inclusive em sua formação. Também está presente na estrutura arquitetônica hospitalar, permitindo o controle e vigilância dos corpos. A segunda dimensão, *resistência ao poder instituído: cuidado de si*, trata-se do debate acerca das práticas que questionam o instituído, as relações de poder e saber cristalizadas, que se mostram pela resistência dos trabalhadores diante de situações que provocam seu assujeitamento. Neste sentido, se aproximam de uma perspectiva ética e estética da existência, aproximando-se do cuidado de si. Por fim, considera-se a pertinência do pensamento de Foucault para problematização das práticas de enfermagem, que permite problematizar as relações de poder e saber.

**PALAVRAS-CHAVES:** Relações de poder; Saber; Enfermagem; Michel Foucault

### RELATIONSHIPS OF KNOWLEDGE AND POWER IN NURSING: MICHEL FOUCAULT'S CONTRIBUTIONS

**ABSTRACT:** The present work denotes the importance of Michel Foucault's thinking for reflection on nursing practices. Foucault provides a denaturing view of history, power and knowledge in modern society. In this work, we intend to analyze the relations of power

and knowledge constituted in the field of nursing, especially in relation to the bodies of the patients. As a theoretical apparatus, we rely on Foucault's understanding of power relations (disciplinary, biopower, governability) and knowledge, highlighting the possibility of practices resistance to forms of domination. The methodology used was the literature review in the SciELO virtual library, being selected 15 publications for this work. From the analysis of the literature, two categories of discussion were constructed. The first, disciplined bodies: a construct crossed by relations of power and knowledge reveals that the disciplinary power permeates the nursing practices in the patient's body, guides the organization of the health professionals themselves, including their training. It is also present in the hospital architectural structure, allowing the control and vigilance of the bodies. The second dimension, resistance to power instituted: self-care, is the debate about the practices that question the instituted, the relations of power and crystallized knowledge, which are shown by the resistance of the workers in the face of situations that provoke their *assujeitamento*. In this sense, they approach an ethical and aesthetic perspective of existence, approaching self-care. Finally, we consider the relevance of Foucault's thinking to problematization of nursing practices, which allows us to problematize the relations of power and knowledge.

**KEYWORDS:** Power relations; To know; Nursing; Michel Foucault

## 1 | INTRODUÇÃO

O pensamento de Michel Foucault, ao criticar nossa percepção natural da história, do saber e poder possibilita a ampliação da discussão em diversos campos de saberes, como no das práticas de saúde. Neste sentido, as práticas de enfermagem, incluindo as relações interprofissionais e com os usuários dos serviços de saúde, não podem ser visualizadas apenas em sua dimensão técnica e curativa, demandam um olhar aprofundado, desnaturalizante e problematizador.

Foucault revela que pretende fazer aparecer o que na nossa história de nossa cultura permaneceu oculto, ou seja, as relações de poder. Destaca que, curiosamente, em nossa sociedade as estruturas econômicas são mais conhecidas e inventariadas que as estruturas de poder político (FOUCAULT, 2002). Na enfermagem, questões de ordem política tem sido pouco estudadas, especialmente, as relações de poder e saber, neste sentido mostra-se relevante caminhar por estes mares "pouco navegados", que guarda a possibilidade de fazer emergir muitas questões importantes a serem discutidas.

Wendhausen e Rivera (2005) destacam que Michel Foucault nos mostra que o que agora nos parece tão natural e óbvio, não foi sempre assim, já que a história foi construída por homens, que, por sua vez construíram as verdades que os construíram. Portanto, a reflexão, tendo como referência a história, permite desvelar os processos de racionalização encobertos, possibilitando nos opormos a todas as formas de submissão. Permite que nos situemos historicamente, e que problematizemos as relações de saber e poder inscritas na prática de enfermagem.

Nesta linha de discussão, pesquisas no campo da enfermagem tem revelado a necessidade de adoção de uma base teórica que se propõe a questionar seus próprios sujeitos (cientistas, intelectuais, profissionais, legisladores, governantes, cidadãos organizados) em relação a si mesmo, suas práticas, seus saberes, seu lugar, não apenas sob o foco dos grandes temas propostos pela ciência; mas nos espaços cotidianos do agir, como na saúde, no qual a ciência e a tecnologia conformam os corpos, os discursos, as ações e as relações entre os sujeitos (RAMOS 2007). Contribuindo com este debate, Azevedo e Ramos (2003), referem que a enfermagem, enquanto disciplina profissional vem incorporando ao seu corpo de conhecimento padrões que extrapolam o empírico, incluindo os padrões estéticos, éticos, pessoais e sócio-políticos.

Neste trabalho, pretende-se analisar as relações de poder e saber constituídas no campo da enfermagem, especialmente, no tocante aos corpos dos enfermos. Será realizada uma revisão bibliográfica a fim de explorar a discussão acerca da temática.

## 2 | REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Poder, saber e disciplina

Foucault imprimiu uma nova forma de conceber o poder, sendo que ele só existe mediante a produção da verdade, oriundas das relações de poder e saber. Assim, não existem práticas sociais sem um regime de verdade por elas engendrado. Evidencia as práticas de poder antes da constituição do Estado, práticas de encarceramento antes das prisões e práticas de segregação dos loucos antes dos hospitais psiquiátricos.

O poder só existe por meio das práticas e relações de poder que constituem o corpo social. O poder moderno não seria apenas uma instância repressiva, mas uma instância de controle, que acaba por envolver os indivíduos, que produz o real e os rituais de verdade. De acordo com este contexto, o poder trata-se menos da repressão da desobediência, focando-se na prevenção de desvios e constituição de individualidades, sem deixar de produzir relações de forças (SOUZA, 2011).

Apona que devemos prestar atenção nas técnicas de concretas de formação e acumulação do saber, ou seja, os métodos de observação, de registro, de pesquisa, antes de olharmos para as formações culturais de nossa época. O poder moderno envolve o individuo, em vez de dominá-lo abertamente, o que só é possível num contexto onde os indivíduos agem livremente. O poder trabalha nas fendas, nas intersecções, nos espaços reduzidos, atuando principalmente na produção de desvios e ao mesmo tempo, nas relações de força (SOUZA, 2011).

Uma modalidade de poder estudado por Foucault são as disciplinas. Elas são práticas que operam no interior das instituições, mas que não se restringem a uma instituição em especial, afinal, está presente nas instituições especializadas

(penitenciária), nas instituições que instrumentalizam (escolas, hospitais) e nas instituições familiares.

Foucault salienta que apesar de qualquer sociedade exercer poder sobre o corpo, o poder disciplinar apresenta técnicas e características diferenciadas, sendo que nele se exerce um poder infinitesimal, ou seja, uma coerção constante sobre o corpo, envolvendo o controle máximo do tempo, de seus gestos, movimentos e atitude. Realiza-se um controle minucioso das operações do corpo, com a sujeição constante de suas forças, caracterizando uma relação de docilidade-utilidade (FOUCAULT, 1987).

No contexto da sociedade disciplinar, as cidades modernas foram transformadas em dispositivos de vigilância, de observação e diferenciação dos grupos humanos. O Panóptico de Bentham representa a figura arquitetural que revela esse dispositivo de poder. Foucault, em “Vigiar e Punir”, descreve com detalhes com o panóptico opera:

[...] o princípio é bem conhecido: na periferia uma construção em anel: no centro uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo as janelas da torre; outra, que dá para o exterior, permite que a luz atravesse a cela de lado a lado. Basta então colocar um vigia na torre central, e em cada cela trancar um loco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar. Pelo efeito da contraluz, pode-se perceber da torre, recortando-se exatamente sobre a claridade, as penas silhuetas cativas nas celas da periferia. Tantas jaulas, tantos pequenos teatros, em cada ator está sozinho, perfeitamente individualizado e constantemente visível (FOUCAULT, 1987, p. 223-224).

Foucault destaca que o efeito mais importante do panóptico é assegurar o funcionamento automático do poder, de modo que a vigilância seja permanente, atuando como uma máquina de ver sem ser visto, sendo que no anel periférico, o ser é plenamente vistos, sem, no entanto, se ver; e na torre central, se vê tudo sem ser visto. Desse modo, o panóptico tem a função de laboratório de poder, no quais seus mecanismos de observação têm capacidade de penetrar no comportamento dos homens, constituindo um aumento de saber que pode ser implantado em todas as frentes de poder.

## **2.2 Biopoder, Governamentalidade e cuidado de si**

Para Foucault, o direito de causar a morte ou deixar viver, característico do poder soberano de punição, foi substituído por um poder de causar a vida ou devolver a morte, na sociedade moderna. O poder soberano, por muito tempo, constituiu-se no direito de vida e de morte, derivado da patria potestas que concedia ao pai de família romano o direito de retirar a vida de seus filhos e escravos. Este tipo de poder sofreu diversas transformações ao longo do tempo, sendo que, concretamente, o poder sobre a vida, desenvolveu-se a partir do século XVII, em duas formas principais que se interligam: a anátomo-política do corpo humano e a biopolítica da população. A anátomo-política do corpo centrou-se no corpo como máquina, em seu adestramento, no uso de suas

forças, em sua utilidade e docilidade características do poder disciplinar. A biopolítica do corpo desenvolveu-se posteriormente, amparada no corpo-espécie e no controle e regulação de seus processos biológicos, como o nascimento e mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, atuando como uma biopolítica da população. Assim, as disciplinas do corpo e as regulações da população se representam dois polos em torno dos quais se desenvolveu o poder sobre a vida (FOUCAULT, 1985).

Neste sentido, floresce a era do biopoder, no qual o poder soberano cede lugar à administração dos corpos e gestão calculista da vida. Desenvolvem-se técnicas diversas e numerosas que objetivam a sujeição dos corpos e o controle da população, como observações e políticas relacionadas aos problemas de natalidade, longevidade, saúde pública, habitação e migração. Foucault destaca que as práticas de biopoder foram indispensáveis ao desenvolvimento do capitalismo, tanto, no campo do poder disciplinar quanto no campo da biopolítica dos corpos, afinal, o capitalismo só pode ser garantido “à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos” (FOUCAULT, 1985, p. 132).

E na contrapartida deste poder, apoiado na vida, as forças de resistência se amparam no seu próprio objeto, ou seja, na vida e no homem enquanto ser vivo. A vida passa a constituir o escopo das reivindicações, vista como necessidade fundamental e essência concreta do homem. Tem-se um jogo de inversão: tomou-se a vida como objeto político ao pé da letra e se voltou contra o sistema que buscava controlá-la.

Michel Foucault se propõe a continuar estudando o biopoder, mas quando começa trabalhar a questão da governamentalidade, que se relaciona a analítica do governo, a biopolítica se converter em tema de governo. Assim, as relações de força e de poder amparam-se na ideia geral de uma relação de governo, caracterizada tanto pela dimensão de submissão como de resistência, tendo destaque a última, pelo governo de si (SOUZA, 2011).

De acordo com Pagni (2011b), Foucault pretendia estudar a constituição do modo de ser do sujeito, não tendo em vistas a construção de uma teoria do sujeito, mas da forma como o sujeito se constitui, sua subjetivação e as tecnologias utilizadas neste processo. Neste sentido, realizava mais um deslocamento, a passagem da questão do sujeito aos modos de subjetivação e a tecnologia de si utilizadas sua na constituição.

Neste sentido, Foucault, nos cursos de 1980, destaca a dimensão da resistência às formas de governo e produção de novas formas de subjetivação, já que não teria sentido apenas a objetivação e o assujeitamento no jogo entre governamentalização e as críticas quanto às formas de governo. Pauta-se em uma perspectiva crítica que envolve o questionamento de como não ser governado por determinados princípios e fins, que compõe uma prerrogativa moral e política que pode ser designada como a “arte de não ser governado de tal forma”. Desta forma, a crítica representa o movimento por meio do qual o sujeito tem a possibilidade de interrogar o discurso dito verdadeiro e os efeitos do poder, não se caracterizando como servidão voluntária, mas, pelo

desassujeitamento, num jogo que poder se denominado como política da verdade (PAGNI, 2011b).

Em 1982, Michel Foucault, destaca que deseja abordar a relação do sujeito e verdade, por meio da noção de cuidado de si. Destaca que o cuidado de si, na cultura grega era denominado de epiméleia heautoû, se referindo ao cuidado de si e preocupação consigo mesmo. Aponta que a noção de epiméleia heautoû, envolve uma maneira de ser e formas de reflexão, práticas extremamente importantes na história da subjetividade. Pagni (2011b) revela que o cuidado de si se configura como: uma atitude geral para consigo, com os outros e com o mundo; certa forma de olhar que se desloca de fora para si mesmo e em de práticas, próximas aos exercícios e à meditação; ações exercidas de si para consigo, por meio das quais, somos modificados, purificados e transformados. Assim, desde a sua gênese, o cuidado de si se constituiu como uma atitude ética, um modo de atenção e um conjunto de práticas exercidas sobre si mesmo no sentido de sua própria transformação, não permitindo que o sujeito se fixe em uma forma preconcebida e em um eu idêntico a esse si mesmo. Dessa forma, o cuidado de si (epiméleia heautoû) representa uma atitude crítica, compromissada com as práticas de liberdade e com uma vida vivida de acordo com uma estética da existência.

Assim, o cuidado de si, baseado na tradição greco-romana, como abordado por Foucault, representa práticas muito importantes de serem retomadas na modernidade, com vistas à constituição de subjetividades, amparadas na liberdade e na ética, contrárias a todas as formas de opressão historicamente construídas. Além disso, o cuidado de si pode ser utilizado como aparato teórico para configuração de diversos campos de saber, a fim de direcionar práticas sociais com fulcro em uma estética da existência.

### 3 | METODOLOGIA

A abordagem empregada neste estudo foi a revisão de literatura. Este método possibilita o levantamento do que se conhece sobre um determinado assunto a partir das pesquisas realizadas.

A revisão bibliográfica foi realizada na biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO), sendo encontrados 56 artigos ao se empregar os descritores enfermagem and Foucault. Foram excluídas as produções repetidas e aquelas que não relacionava o pensamento de Foucault a enfermagem. Após análise sucinta das publicações e fichamento de 15 artigos selecionados, nota-se a diversificação de temática abordada e dentre elas destacam-se: as relações de poder saber na enfermagem e medicina, questões relativas à formação em enfermagem, resistência, corpos dóceis, disciplina, enfermagem psiquiátrica e cuidado de si. Não houve delimitação de período na busca, sendo encontrados artigos de 1993 a 2014, estando

a maior produção concentrado nos anos de 2006 a 2012.

Contudo, estudiosos da temática apontam são poucos as pesquisas que utilizam este referencial na enfermagem. Em um estudo bibliográfico de maior abrangência, Gastaldo e Holmes (1999), revela que existem poucos estudos no âmbito internacional que empregam o referencial foucaultiano na enfermagem. Foram encontradas 27 publicações entre os anos de 1987 e 1998, sendo que a maior parte dos estudos foi desenvolvida na Austrália, Reino Unido, Brasil, Estados Unidos e Canadá. Os conceitos utilizados com maior frequência foram: poder/saber, vigilância, discurso, disciplina, resistência, corpos dóceis, olhar clínico, e panóptico.

Neste estudo, discutiremos acerca das publicações relacionadas a governabilidade dos corpos na enfermagem e práticas de resistência.

## **4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **4.1 Corpos disciplinados: constructo atravessado por relações de poder e saber**

A partir da pesquisa bibliográfica, nota-se que diversos estudos realizam uma análise do gerenciamento dos corpos na enfermagem na perspectiva de Foucault. Em um trabalho, são destacadas as relações de poder dos enfermeiros sobre os corpos hospitalizados durante o cuidado de enfermagem, sendo estabelecida uma relação direta entre o saber cuidar do corpo e o poder cuidar do corpo. Neste sentido, o saber científico da enfermagem está associado à prerrogativa de manipular o corpo (SANTOS et al., 2010). No mesmo estudo, os profissionais de enfermagem referem que o ato de despir o corpo do paciente, com o tempo se torna banal, se torna rotina e não percebem que exercem poder e controlam suas manifestações sexuais ao desnudá-lo. E para que seu controle seja efetivo, o enfermeiro explica e convence o paciente sobre o procedimento, desenvolve estratégias para evitar sua exposição e desconforto, dispendo de meios para controlar o corpo sem qualquer interferência. Vargas e Ramos (2008) destacam que a disciplina é a anatomia política do detalhe, que estabelece para cada indivíduo seu lugar, seu corpo, sua doença, sua morte, sua sobrevivência e seu bem-estar e estende-se à determinação final do indivíduo.

Ao discutir sobre o poder disciplinar Foucault (1987) destaca que o corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe, constituindo uma anatomia política e uma mecânica do poder, que define como se podem ter domínios sobre os corpos, não simplesmente para se faça o que quer, mas para se operem como se quer. A disciplina fabrica corpos submissos e exercitados, enfim, corpos dóceis. Também é destacado que ao manipular e controlar o corpo se produz um saber, que está alinhado às estratégias de poder.

Neste sentido, Santos et al. (2010) destaca que a manipulação dos corpos para a realização dos procedimentos de enfermagem determina um poder sobre o corpo das

peças hospitalizadas, ao mesmo tempo, se produz um saber que, através do registro passa a ser de domínio de toda equipe de saúde. Em uma publicação é destacado que durante a cirurgia, o corpo do paciente, com a abertura da pele até as camadas mais internas, vai sendo minuciosamente dissecado, olhado e manipulado, constituindo-se em fonte viva de saber, que posteriormente é incluído nos registros médicos (REUS; TITTONI, 2012).

Foucault (1987) aponta que o exame faz a individualidade entrar num campo documentário, resultando em um arquivo com detalhes e minúcias sobre os corpos ao longo dos dias. Assim, o exame coloca os indivíduos num campo de vigilância, os situa em uma rede de anotações escritas, sendo acompanhados por um sistema de registro intenso e acumulação documentária.

Reus e Tittoni (2012) salientam que a disciplina nos mostra a configuração da ocupação dos espaços hospitalares, afinal a estrutura arquitetônica e disciplinar possibilita uma visibilidade relativa à vigilância interna. Constitui-se como a arte de dispor os corpos no espaço e no tempo, arranjá-los para produzirem mais e melhor dentro de regras institucionais.

Esta discussão nos remete ao panóptico de Betham, visto como um dispositivo que automatiza e desindividualiza o poder. O princípio do panóptico se concentra numa certa distribuição de corpos, da superfície, das luzes, dos olhares, numa aparelhagem cujos mecanismos internos produzem a relação na qual se encontra preso os indivíduos (FOUCAULT, 1987).

Um estudo enfatiza que a disciplina de anatomia inventou maneiras de conhecer e controlar o corpo. Dessa forma, se ocupa de produzir e organizar um saber e uma prática sobre o corpo, tentando catalogá-lo e organizá-lo, utilizando argumentos naturais, genéticos, que estão sustentadas pela lógica científica que não é contestada. Além do mais, destaca que o corpo está sempre sendo re-fabricado e reinventado. Neste sentido, são as relações que constituem os corpos, as práticas sociais, historicamente datadas, que produzem nossos sentimentos, nossas preferências e nossa fisiologia (KRUSE, 2004). Wendhausen e Rivera (2005) revelam que na saúde cuida-se de um corpo biológico, dividido em sistemas ou partes e ainda dividido entre vários profissionais do cuidado: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentre outros.

Nota-se que estes trabalhos trazem uma questão importante para o debate, que se trata da desnaturalização das práticas de registro dos corpos e da concepção de corpo, que são construtos sociais e históricos, que por sua vez, corroboram com o pensamento de Foucault. Essa discussão precisa atravessar os muros do discurso acadêmico e adentrar a prática das instituições de saúde, especialmente aquelas relativas ao cuidado em saúde.

Meyer (2006, p. 3) traz questionamentos muito significativos neste sentido:

O cuidado constitui mecanismos de visibilidade que nos permitem detalhar e descrever o corpo de formas específicas e colocá-lo como objeto de intervenções

específicas e autônomas? Ao que eu acrescentaria: E dispomos de linguagens para isso? Que sistemas de validação de conhecimento essas teorias e as comunidades científicas que investem nelas têm produzido e legitimado?

Em “O Nascimento da Clínica”, Foucault traz algumas contribuições relevantes para este debate ao afirmar que a medicina moderna se pauta em no olhar do sofrimento humano, destaca que uma nova forma de “percepção médica, a iluminação viva das cores e das coisas sob o olhar dos primeiros clínicos, não é, entretanto, um mito; no início do século XIX, os médicos descreveram o que durante séculos permanecera, abaixo do limiar do visível e do enunciável” (FOUCAULT, 2001, p. 6). Aliado ao surgimento da clínica, ao olhar do indivíduo, torna-se possível organizar uma linguagem racional, ao contrário das teorias e velho sistemas amparados na metafísica, que criou a possibilidade de uma experiência clínica, possibilitando o pronunciar o indivíduo sobre um discurso científico. E desde a constituição da clínica até os dias atuais tem se empregado o discurso positivista para descrever, classificar e normatizar os indivíduos que necessitam de cuidados de saúde.

O estudo bibliográfico também revela que a lógica dos cuidados paliativos de saúde, ou seja, nos quais os pacientes não possuem prognóstico, favorece o governo dos corpos dos pacientes e de seus familiares, uma vez que os profissionais de saúde visam conhecer o paciente por meio da confissão, estruturada pelas anamneses e questionários multidimensionais que favorecem o controle das condutas, comportamentos e hábitos. Em muitos casos, os pacientes são retirados dos hospitais e encaminhados ao domicílio, mesmo contra a sua vontade e de seus familiares que se sentem inseguros diante da possibilidade de sofrimento, porém mantêm-se o foco na redução dos custos com internações em leitos hospitalares. E são por meio das visitas, semanais ou quinzenais, realizadas pelos profissionais de saúde, que se assegura o controle e o governo do corpo das pessoas em processo de morrer, mesmo com a mudança de cenário (CORDEIRO, 2013).

Esta discussão revela que no âmbito da assistência clínica são constituídos mecanismos de controle e governo dos corpos mesmo fora do espaço hospitalar, no qual a associação de dispositivos de poder e saber visa disciplinar indivíduos e seus familiares, até nos momentos finais da vida dos enfermos.

A pesquisa bibliográfica mostra ainda que as relações de poder/saber e controle, além de estar presente nos corpos dos pacientes, também disciplina o corpo dos trabalhadores. Reus e Tittoni (2012) apontam que no processo de trabalho os corpos dos trabalhadores estão dispostos no tempo e no espaço, bem como a organização de materiais de trabalho, como instrumentais cirúrgicos e equipamentos. Salienta a vigilância como elemento fundamental no centro cirúrgico, no qual, o corpo do paciente deve ser constantemente vigiado, preparado, manipulado por todos os profissionais; o corpo do cirurgião, por sua vez, deve ser constantemente vigiado pela instrumentadora, em busca de sinais que indiquem quais materiais devem ser fornecidos; e o corpo dos técnicos de enfermagem deve ser constantemente vigiado pela supervisão do

enfermeiro, formando assim, todo um sistema de vigilância que visa permitir e corrigir atitudes e intenções. Por fim, retrata o centro cirúrgico como um espaço do olhar, da vigilância e do controle.

O governo dos corpos dos profissionais de enfermagem também se mostra presente na sua formação, sendo revelado em um estudo que

Somos constantemente subjetivadas pelos discursos pedagógicos que nos atravessam e que (con) formam não apenas nossas mentes e ações, mas também controlam nossos corpos.

O currículo pode ser pensado como um dos dispositivos pedagógicos que interpela o corpo das futuras enfermeiras (en) formando-as e governando-as de acordo com as lógicas do mercado, fabricando e adestrando seus corpos. Desta maneira, apesar da aparente (in)visibilidade dos corpos constituídos no/pelo currículo, acreditamos que o corpo da profissional de enfermagem vai sendo investido e moldado nas Escolas de Enfermagem. (NIEMEYER; SILVA; KRUSE; 2010, não paginado).

No mesmo trabalho é enfatizado que as Diretrizes de Enfermagem pretendem formar certo tipo de profissional estabelecendo determinados padrões e critérios, funcionando como um instrumento, ao mesmo tempo regulador, regulamentador, normalizador e normatizador que age sobre os corpos, tanto de professoras, quanto das acadêmicas de enfermagem. Esse documento passa a regular as condutas dos sujeitos envolvidos nesse processo de educação e, além disso, “passa a estabelecer uma norma na formação de enfermeiras - norma que os indivíduos não podem ou não devem escapar.” (NIEMEYER; SILVA; KRUSE, 2010, não paginado). Revelam ainda que as diretrizes regulam, modelam e governam esses corpos, desde o início de sua formação profissional, com vista a transformá-los em corpos dóceis, impondo-lhes uma relação de docilidade-utilidade. Além disso, veiculam um discurso que é o da regra natural, ou seja, da norma e define um código da normalização, um tipo de poder e de saber que a sacralização científica neutraliza.

Concernente com esta questão pode-se destacar o poder da norma, que veio unir-se a outros poderes criando delimitações. O normal se estabelece como princípio de coerção no ensino, com a instauração de uma educação estandarizada e a criação de escolas normas. Dessa forma, se estabelece um esforço para organizar um corpo médico e um quadro hospitalar capazes de fazer funcionar as normas gerais de saúde (FOUCAULT, 1987). E para este fim são empregados os dispositivos do poder disciplinar, mesmo no espaço de formação, que em tese deveria fomentar uma visão crítica da sociedade.

Apartir da apresentação e discussão dos estudos presentes na revisão bibliográfica pode se inferir que o corpo na enfermagem tem sido visto como permeado pelo poder disciplinar, que atravessa o corpo do paciente, dos profissionais de saúde e de toda estrutura arquitetônica hospitalar. É possível perceber que este corpo controlado pelo poder, constitui um saber, que acaba sendo retroalimentado pelo mecanismo de poder. Esse debate na literatura científica em enfermagem mostra que Foucault tem

possibilitado a problematização das práticas profissionais em saúde e além do mais, revela-se como um referencial coerente e com uma visão crítica que vem sendo, de certo modo, amplamente utilizado na pesquisa em enfermagem.

#### **4.2 Resistência ao poder instituído: cuidado de si**

A revisão de literatura evidenciou discussões referentes às práticas de resistência presentes na produção de enfermagem. Assim, uma temática abordada com certa frequência na produção de enfermagem trata-se das práticas de resistência. Ribeiro (1999) destaca que a partir do momento em que há uma relação de poder também há uma possibilidade de resistência, dessa forma, sempre há a possibilidade de modificar uma dominação sob determinadas condições.

Estudos têm apontado à importância de estudar as práticas de resistência na enfermagem. Um trabalho revela que poderíamos problematizar situações vivenciadas no cotidiano da enfermagem, como as conformações de diferentes sujeitos em movimentos hegemônicos e contra hegemônicos na constituição de saberes e práticas, ou seja, relações de poder e resistência (AZEVEDO; RAMOS, 2003). Uma publicação refere que é preciso estranhar-se com fatos diários, com relações instituídas, intrigar-se com o que se considera natural, sendo que “o perigo se encontra nas situações mais evidentes e banais, demonstrando a necessidade de rever racionalidades impostas pela sociedade e também pela própria construção, como sujeitos e trabalhadores de enfermagem.” (BARLEM et al., 2013, não paginado).

Neste mesmo estudo, que procurou compreender o sofrimento moral dos trabalhadores de enfermagem, considera-se que a possibilidade de resistência permite um novo olhar sobre os diversos campos relacionais da enfermagem, revelando que lutas, saberes, práticas e estratégias de enfrentamento têm possibilitado a defesa de valores morais e profissionais, na construção moral dos sujeitos trabalhadores de enfermagem, especialmente nas situações em que se vivencia o sofrimento moral (BARLEM et al., 2013). Um trabalho semelhante destaca que há diversas possibilidades de invenção e criação de múltiplos modos de trabalhar, por meio de resistências, desse modo, a produção de saúde pode ser construída a partir do reconhecimento das experiências dos trabalhadores e como sujeitos capazes de produzir novas alternativas de vida frente as situações potencialmente nocivas de trabalho (GUAZINA; TITTONI, 2009).

A partir desta discussão pode-se notar que na enfermagem têm sido produzidas práticas que questionam o instituído, as relações de poder e saber cristalizadas, a partir da resistência dos trabalhadores diante de situações que provocam seu assujeitamento. Pagni (2011a) refere que a expectativa política compreendida por certa interpelação e resistência aos modos de existência que não são mais suportados ou admitidos para guiar a vida individual e coletiva, caminham no sentido de uma perspectiva ética de viver a vida.

Assim, ao se estudar a problemática da resistência concebe-se a importância de recorrer à ética. Neste sentido, uma publicação pretende refletir sobre qual tem sido o papel da bioética. Ao realizar esta abordagem traz alguns questionamentos:

Que pode fazer a bioética? Comprometida em sugerir um tratamento dos efeitos, e não em procurar as causas, e menos ainda em modificá-las, não será ela por definição, como pretenderão seus críticos mais severos, incapaz de produzir uma reflexão que vá atrás dos problemas, fechada numa gestão especializada dos processos em curso, dependendo, na sua própria visão, dos poderes de que emana? (RAMOS, 2007, p. 6).

No mesmo estudo é enfatizada que apesar das contribuições da vertente norte-americana da bioética fundada, pragmaticamente, em torno dos caminhos de ação para enfrentar os problemas relativos aos direitos individuais e à relação profissional-cliente na prática clínica, cabe-nos retomar as demandas por uma macroética, dirigida para as necessidades de comunidades ou populações e a própria defesa da vida em grande escala (RAMOS, 2007).

E avançando, nesta discussão, produções de enfermagem têm apontam para a estética da existência, como práticas de subjetivação diante das formas de opressão. Reus e Tittoni (2012) defendem a construção de uma arte de viver, do desenvolvimento de uma estética da existência concebida como uma sensibilidade indispensável na reflexão sobre as escolhas do sujeito, por meio da qual, os indivíduos podem resistir às formas de dominação.

De acordo com Barlem et al. (2013) na enfermagem a recorrência de situações levam à necessidade de se repensar sua prática profissional envolvendo as relações de poder, direciona as ações para uma perspectiva ético-estética. Wendhausen e Rivera (2005) contribuem com este debate ao afirmar que uma estética da existência pressupõe uma atitude ética solidária e representa uma das saídas para nos fortalecer como cuidadores e poderia ser pensada a partir do fortalecimento das relações no âmbito coletivo. Referem que é no grupo que se experimenta o sentimento de pertencer, de nos se sentir incluído, questões fundamentais para o reforço de nossa identidade individual e coletiva e para as práticas de liberdade no nível microssocial. Esse coletivo a que se reporta não se constitui em algo distante, ele está presente em nosso cotidiano, em meio aos conflitos e à adversidade, como, por exemplo, nos eventos de enfermagem ou de saúde, que possibilita formas de se pensar coletivamente o trabalho. Por fim, colocam que a análise da história sobre o desenvolvimento do cuidado de si nos gregos e cristãos, de acordo com Foucault, possibilita a compreensão da relação entre saber-verdade-poder-liberdade, e apontam que

Esta pode ser a chave para a enfermagem na busca de uma estética da existência em consonância com princípios éticos solidários, cujo princípio é o cuidado de si, tomando outro como referência para a reflexão-ação. Cabe a nós como enfermagem forjar espaços que nos permitam desvincular determinadas verdades e poderes que nos foram impostos ao longo do tempo, tornando-nos alienadas e desumanizadas em nosso trabalho. O importante é que estes espaços possam servir como resistência ao ethos burocratizante, homogeneizador, ao 'rolo compressor'

Estes trabalhos apontam que um caminho para a enfermagem, que se trata da busca da estética da existência em consonância com a noção de cuidado de si. Pagni (2011a) fomenta esta discussão ao afirmar que Foucault pautado em uma estética da existência e do fazer da vida uma obra de arte aborda as práticas de si como meio para se alcançar a liberdade e retoma a tradição grega, compreendendo-a como uma condição ontológica da ética que, por sua vez, é a forma refletida da liberdade. Contudo, de acordo com o pensamento foucaultiano, tal condição não seria algum pressuposto a priori, mas concretiza-se em uma série de práticas que implicariam o cuidado de si. O exercício das práticas de si deveria ser considerado como a busca por práticas de liberdade, isto é, práticas que possam ser escolhas éticas no sentido da potencialização da vida e do aprimoramento da existência. Estas práticas são consideradas por ele como formadoras de modos de existência, contrapondo-se à imobilidade das relações de poder e à sedimentação dos estados de dominação.

Em outro estudo, Wendhausen e Rivera (2005) descrevem o cuidado de si como sendo o modo como nos ocupamos de nós mesmos. Pode se constituir nos momentos de “parada para pensar”, para examinar o que e porque fizemos, rever nosso passado, enfim, ficar face a face com nós mesmos. Porém, este não pode ser um exercício de solidão, já que este diálogo conosco pressupõe uma articulação com o outro, seja este outro um professor, um amigo, um usuário. Assim, uma das condições para nos cuidarmos, é estar em conexão conosco e com os outros.

Em um artigo o cuidado de si é aquele que só pode ser percebido como essencial para o ser humano, a partir do momento que as pessoas tomam consciência do seu direito de viver e do seu estilo de vida, pois quando as pessoas se encontram aparentemente bem e saudável, não se dá a devida importância ao constante exercício do cuidar de si. É realizado por meio das técnicas de si que permitem aos indivíduos realizarem, sozinhos ou com a ajuda de outros, operações sobre seus corpos e suas almas, seus pensamentos, suas condutas, seus modos de ser (SILVA et al., 2009).

Uma publicação aponta o cuidado de si relacionado a sensibilidade reflexiva, que remete ao princípio grego fundamental de ocupar-se consigo, caracterizando uma atitude filosófica ao longo de quase toda a cultura grega, helenística e romana, e que significou um acontecimento no pensamento e na concepção subjetiva do sujeito moderno. Neste sentido, com base em Foucault, salientam que o cuidado de si apresenta-se como “uma maneira de ser, uma atitude, e como forma de reflexão. Cuidar de si implica munir-se de instrumentos éticos que façam o sujeito refletir sobre regras e princípios que são, simultaneamente, verdades e prescrições.” (REUS; TITTONI, 2012, p. 20).

O cuidado de si mesmo é utilizado por Foucault para e traduzir uma noção complexa e rica que os gregos utilizavam para designar uma série de atitudes ligadas ao cuidado de si mesmo, ao fato de ocupar-se e de preocupar-se consigo o cuidado de

si é entendido como um conjunto de práticas políticas e tem como propósito produzir acontecimentos políticos. Dessa forma, o cuidado de si mesmo é uma atitude ligada ao exercício da política, a certa maneira de encarar as coisas, de estar no mundo, de relacionar-se com o outro e consigo mesmo, de agir de si para consigo, de modificar-se, purificar-se, e se transformar. Este modo de cuidar-se remete o sujeito à reflexão sobre seu modo de ser e agir, conferindo ao cuidado de si, além de uma dimensão política, uma noção da ética como estética da existência (BUB et al., 2006).

A partir dos entendimentos de cuidado de si apresentados nos estudos, pode-se afirmar, que todos apresentam à dimensão da resistência as formas de governo, caracterizadas pelo assujeitamento, objetivando a produção de uma nova forma de subjetivação. Bub et al. (2006) apontam que nas pesquisas de enfermagem, a noção de cuidado de si aparece ligada a concepção de sujeito, como alguém que exerce uma técnica de cuidado de si, que se opõe a qualquer tipo de sujeição.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura nos permite afirmar o poder disciplinar se revela no corpo do paciente, dos profissionais de saúde, inclusive em sua formação, e em de toda estrutura arquitetônica hospitalar. É possível perceber que este corpo controlado pelo poder, constitui um saber, que acaba sendo retroalimentado pelo mecanismo de poder. Contudo, são produzidas práticas que questionam o instituído, as relações de poder e saber cristalizadas, que se revelam pela resistência dos trabalhadores diante de situações que provocam seu assujeitamento. Aproximando-se de uma visão ética e estética da existência, pautada no cuidado de si.

Nota-se que estes estudos apesar de representar um movimento incipiente, tímido e contra hegemônico do saber em saúde, dominado pelo saber médico positivista com base no organismo biológico, engendra novas possibilidades de práticas e saberes, que alargam o horizonte do fazer em enfermagem.

Este trabalho nos permite considerar que Foucault possibilita a problematização e desnaturalização de práticas e saberes em diversos campos do conhecimento, e sua relevância ao ser empregado como referencial para discussão do poder instituído na enfermagem.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, R. C. S; RAMOS, F. R. S. Arqueologia e genealogia como opções metodológicas de pesquisa na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 56, n. 3, p. 288-291, maio/jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n3/a14v56n3.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

BARLEM, E. L. D et al. Sofrimento moral no cotidiano da enfermagem: traços ocultos de poder e resistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, fev. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt\\_v21n1a02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a02.pdf)>. Acesso em: 6 set. 2014.

BUB, M. B. C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, p. 152-157, 2006. Número especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea18.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2014.

CORDEIRO, F. R. Do governo dos vivos ao governo dos mortos: discursos que operam para a governamentalidade da morte. **Aquichán**, Bogotá, v. 13, n. 3, p. 442-453, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n3/v13n3a12.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2014.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2002.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense; 2001.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir: o nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

GASTALDO, D.; HOLMES, D. Foucault and nursing: a history of the present. **Nursing Inquiry**, Carlton, v. 6, n. 4, p. 231-240, Dec. 1999.

GUAZINA, L.; TITTONI, J. Musicoterapia institucional na saúde do trabalhador: conexões, interfaces e produções. **Psicologia Social**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 108-117, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n1/13.pdf>>. Acesso em: 9 jul. 2014.

KRUSE, M. H. L. Anatomia: a ordem do corpo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 1, p. 79-84, fev. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n1/a17v57n1.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2014.

MEYER, D. E. E. Processos coletivos de produção de conhecimento em saúde: um olhar sobre o exercício de enfermagem no hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. 1, p. 95-99, fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a18v59n1.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2014.

NIEMEYER, F.; SILVA, K. S.; KRUSE, M. H. L. Diretrizes curriculares de enfermagem: governando corpos de enfermeiras. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 767-773, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/21.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

PAGNI, P. A. Formação humana e cuidado de si: um encontro explosivo ou a possibilidade de pensar de outro modo a racionalidade e a ética na educação? **Revista Espaço Pedagógico**, Passo Fundo, v. 18, n. 2, p. 309-323, jul./dez. 2011a.

PAGNI, P. A. O cuidado de si em Foucault e as suas possibilidades na educação: algumas considerações. In: SOUZA, L. A. F.; SABATINE, T. T.; MAGALHÃES, B. R. (Orgs). **Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011b. p. 19-46.

RAMOS, F. R. S. O Discurso da bioética na formação do sujeito trabalhador da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v5n1/03.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2014.

REUS, L. H.; TITTONI, J. A visibilidade do trabalho de enfermagem no centro cirúrgico por meio da fotografia. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 41, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop3212>>. Acesso em: 31 ago. 2014.

RIBEIRO, M. O. A sexualidade segundo Michel Foucault: uma contribuição para a enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 358-363, dez. 1999.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v33n4/v33n4a06.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

SANTOS, R. M. et al. A enfermeira e a nudez do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 6, p. 877-886, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/02.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2014.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 697-703, set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a28v43n3.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

SOUZA, L. A. F. Disciplina, biopoder e governo: contribuições de Michel Foucault para uma analítica da modernidade. SOUZA, L. A. F.; SABATINE, T. T.; MAGALHÃES, B. R. (Orgs). **Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011. p. 193-216.

VARGAS, M. A. O.; RAMOS, F. R. S. Responsabilidade no cuidar: do tempo que nos toca viver como enfermeiros/as intensivistas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 876-883, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a12.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2014.

WENDHAUSEN, Á. L. P.; RIVERA, S. O cuidado de si como princípio ético do trabalho em enfermagem. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 111-119, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a15v14n1.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2014.

## RISCO EM REPROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE EM UNIDADES BÁSICAS DE SALVADOR, BA

### **Eliana Auxiliadora Magalhães Costa**

Universidade do Estado da Bahia / Departamento de Ciências da Vida I  
Salvador – Bahia

### **Quézia Nunes Frois dos Santos**

Universidade do Estado da Bahia / Departamento de Ciências da Vida I  
Salvador – Bahia

### **Isabele dos Santos Dantas**

Universidade do Estado da Bahia / Departamento de Ciências da Vida I  
Salvador – Bahia

**RESUMO: Introdução:** Existem lacunas acerca do processamento de produtos em serviços de atenção primária da saúde. **Objetivo:** Analisar o processamento de produtos para a saúde em Unidades Básicas de Salvador, BA. **Método:** Estudo de casos múltiplos, realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Salvador, Ba. A busca de dados foi feita por meio de entrevista e observação *in loco*. As categorias analíticas foram: gerenciamento das práticas de processamento de produtos para a saúde; estrutura física dos Centros de Material e Esterilização (CME); protocolos de processamento de produtos; monitoramento dos processos e rastreabilidade de produtos. **Resultados:** Foram analisadas 11 UBS (84,6%). Dessas, as atividades de processamento de

produtos são desempenhadas pelo auxiliar de saúde bucal em 81,8%. Há ausência de climatização em 100,0% dos CME. Existem protocolos em 36,3% dos CME. O monitoramento físico e químico do processo de esterilização é ausente em 100,0% dos casos e o monitoramento biológico é realizado em 45,4% dos casos. Em nenhum CME é realizada qualificação térmica anual do equipamento esterilizador, nem existe rastreabilidade dos produtos esterilizados. **Conclusões:** As práticas ora identificadas configuram risco potencial para os usuários de produtos processados nas UBS estudadas e urge um controle sanitário efetivo desses serviços a fim de prevenir os danos relacionados com o reuso de produtos para a saúde nesses serviços.

**PALAVRAS-CHAVE:** Esterilização; Equipamentos e Provisões; Gestão de Risco; Centros de Saúde

**ABSTRACT: Introduction:** There are gaps in the reprocessing of products in primary health care services. **Objective:** To analyze the reprocessing of medical products in Basic Units of Salvador, BA. **Method:** Multiple case study, carried out in Basic Health Units (UBS) of Salvador. The search for data was by interview and observation *in loco*. The analytical categories: management of the reprocessing practices of medical products; Physical structure of the

Material and Sterilization Centers (CME); Product reprocessing protocols; Monitoring of processes and traceability of products. **Results:** 11 UBS (84.6%) were analyzed. Of these, the reprocessing activities of products are carried out by the auxiliary of oral health in 81.8%. Absence of air conditioning in 100.0% of CME. Protocols exist in 36.3% of CME. Physical and chemical monitoring of the sterilization process is absent in 100.0% of the cases and biological monitoring is performed in 45.4% of the cases. In no CME is performed annual thermal qualification of the sterilizing equipment, nor is there traceability of the sterilized products. **Conclusions:** The practices identified herein pose a potential risk to users of reprocessed products and urges an effective sanitary control of these services in order to prevent damages related to the reuse of medical products.

**KEYWORDS:** Sterilization; Equipment and Supplies; Risk Management; Health Centers

## 1 | INTRODUÇÃO

Os produtos para saúde ou dispositivos, equipamentos, materiais, instrumentos, utilizados nos procedimentos assistenciais são definidos pelo fabricante como artigos reusáveis ou de uso único. Esses últimos, intencionados para serem usados em um único paciente, num único procedimento. A reutilização dos produtos ditos reusáveis requer a ação do processamento, que consiste em converter um produto contaminado em um dispositivo pronto para uso, incluindo não apenas a limpeza, desinfecção e esterilização do produto, mas também a segurança técnico-funcional por meio de testes de integridade e de funcionalidade (KRAFT, 2008; GROBKOPF; JAKEL, 2008; KRUGER, 2008).

É consenso na literatura que a prática de processamento de produtos para saúde é questão complexa pelos riscos relacionados ao potencial de transmissão de patógenos e problemas da integridade e desempenho dos produtos reusados (COSTA Eliana, Costa Ediná, 2011a, 2011b, 2012; COSTA, 2013; COSTA et al, 2011).

Sabe-se que todo produto para saúde, usado na prática assistencial, porta certo grau de risco e que pode causar problemas em determinadas situações, neste sentido, não existe segurança absoluta quando do uso desses materiais (ISO, 2007; GHTF Study Group 3, 2005; ABNT, 2009).

O risco de transmissão de agentes infecciosos por meio do uso de instrumentos e equipamentos depende de alguns fatores, como a presença de micro-organismos (tipo, quantitativo e virulência), o tipo de procedimento a ser realizado (se invasivo ou não), o sítio do corpo onde o produto será inserido<sup>12</sup>.

Ademais, a utilização de qualquer dispositivo requer a interação entre o profissional de saúde e o paciente que incorpore o risco relacionado com a *performance*/habilidade/qualidade desse ator-cuidador no momento da utilização do produto para a saúde no procedimento assistencial (ISO, 2007; GHTF Study Group 3, 2005; ABNT, 2009).

Essas assertivas de risco decorrente do uso de produtos são potencializadas quando da condição de reúso e de processamento dos produtos, uma vez que os múltiplos passos desse processo, quando executados de forma inapropriada, geram riscos adicionais para pacientes usuários, profissionais de saúde e meio ambiente (KRAFT, 2008; GROBKOPF; JAKEL, 2008; KRUGER, 2008).

Entre os riscos associados ao processamento e ao reúso de produtos para saúde, são reportados na literatura, infecção, presença de endotoxinas, biofilmes, perda da integridade do material, bioincompatibilidade, entre outros (KRAFT, 2008; KRUGER, 2008; COSTA Eliana, COSTA Ediná, 2011a, 2011b, 2012; COSTA, 2013; COSTA et al, 2011).

A maioria dos dados publicados acerca dessas práticas origina-se de serviços hospitalares. Existe uma lacuna referente às práticas brasileiras de processamento de produtos em serviços de atenção primária da saúde, com poucos estudos publicados (ROSEIRA et al, 2016; COSTA; FREITAS, 2009; PASSOS et al, 2015), o que gera a necessidade, portanto, de maior conhecimento desses processos de trabalho.

Neste sentido, este estudo prioriza o risco decorrente da condição de reuso de produtos para saúde em serviços de atenção primária da saúde e tem por objetivo analisar o processamento de produtos para a saúde em Unidades Básicas de Salvador, Bahia (BA), tendo em vista a segurança sanitária e a proteção da saúde da população usuária de produtos processados.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, cuja estratégia metodológica é a de estudo descritivo de casos múltiplos holísticos. Um estudo de caso é uma investigação empírica que analisa um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos, tendo lugar de destaque na pesquisa de avaliação. Inclui tantos estudos de caso único (uma unidade sob avaliação), quanto de casos múltiplos (várias unidades sob avaliação). Eles são classificados como holísticos se possuem apenas uma unidade de análise (YIN, 2005).

A unidade de análise deste estudo é a condição técnica de processamento de produtos para a saúde em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário do Cabula-Beiru localizado na cidade de Salvador, BA, que serão chamados, nesta metodologia, de “casos”.

A escolha desse distrito sanitário deveu-se ao fato dele ser um distrito de grande densidade geográfica e populacional, que abriga muitas UBS e onde se localiza a Universidade do Estado da Bahia (UNEB), sede desse projeto de Iniciação Científica, que foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição com protocolo número 15277713.0.0000.0057.

Participaram do estudo UBS localizadas no distrito sanitário eleito e que possuíam Centro de Material e Esterilização (CME), identificadas por meio do Cadastrado Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). As estratégias utilizadas para a busca de evidências empíricas foram entrevistas por meio de um formulário com perguntas semiestruturadas com profissionais dos CME estudados e observação *in loco*.

As UBS selecionadas foram contatadas por telefone, quando se agendou visita para coleta de dados. A coleta de dados transcorreu durante os meses de outubro a dezembro de 2016 e foi realizada por duas discentes do 7º semestre do curso de Enfermagem, devidamente treinadas para esse fim, sob supervisão da coordenadora do projeto. Foram entrevistados os profissionais que estavam trabalhando nos CME no dia da coleta.

Foram estudadas as seguintes variáveis independentes que influenciam as condições do processamento de produtos para a saúde: 1) Gerenciamento das práticas de processamento de produtos; 2) Estrutura física dos CME; 3) Protocolos de processamento de produtos; 4) Monitoramento dos processos de desinfecção e esterilização e rastreabilidade de produtos após esterilização.

O formulário da coleta de dados foi elaborado de modo a contemplar as variáveis a serem analisadas, tendo como padrão-ouro a normativa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que trata de boas práticas em CME (ANIVSA, 2012) e recomendações de órgãos nacionais e internacionais (RUTALA; WEBWE, 2011; WHO, 2016; RUTALA; WEBER, 2008).

Neste estudo foi utilizado o termo “produto para saúde” como sinônimo de produtos médicos, materiais, equipamentos, artigos e dispositivos em sintonia com a Anvisa.

### 3 | RESULTADOS

O Distrito Sanitário Cabula-Beiru possui 25 UBS, destas, nove não dispõem de CME, duas são UBS não oficiais e sem contato telefônico, uma localiza-se dentro de um complexo penitenciário e, portanto, inacessível à pesquisa, duas unidades recusaram participar desse estudo, resultando num total de 11 (84,6%) UBS analisadas.

A descrição dos resultados dos dados empíricos deste estudo foi iniciada pela caracterização da estrutura física dos CME dos casos múltiplos, conforme Tabela 1.

Os dados apresentados na Tabela 1 revelam que a maioria dos CME das UBS estudadas possuem adequações relacionadas à estrutura física: 72,7% (oito casos) apresentam barreira física entre as atividades de descontaminação de produtos e atividades de desinfecção ou esterilização; em 81,8% (nove casos), existe sala de recepção dos produtos destinados à limpeza e sala de preparo e esterilização; os ambientes de oito CME (72,7%) são passíveis de limpeza (possuem materiais

resistentes à ação da água, detergente e desinfetante) e têm iluminação artificial em 90,9% (dez casos). As inadequações de estrutura física identificadas foram: ausência de climatização central em todas as CME (100,0%) e inexistência da sala de desinfecção química em nove casos (81,8%).

	Sim	Não	Total UBS
Barreira física entre as atividades	8 (72,7%)	3 (27,2%)	11
Existência de sala de recepção/limpeza	9 (81,8%)	2 (18,1%)	11
Existência de sala de preparo e esterilização	9 (81,8%)	2 (18,1%)	11
Sala de desinfecção	3 (27,2%)	8 (72,7%)	11
Ambientes passíveis de limpeza	8 (72,7%)	3 (27,2%)	11
Iluminação artificial	10 (90,9%)	1 (9%)	11
Climatização central	0	11(100%)	11

Tabela 1. Estrutura física dos Centros de Material e Esterilização das Unidades Básicas de Saúde estudadas. Salvador, 2016.

A Tabela 2 apresenta as práticas de gerenciamento do processamento de produtos para a saúde nas UBS estudadas.

Segundo os dados da Tabela 2, dos 11 casos analisadas, sete (63,6%) centralizam todas as atividades de limpeza, desinfecção e esterilização nos seus CME e essas atividades são desempenhadas pelo auxiliar de saúde bucal em nove casos (81,8%).

Os produtos para saúde utilizados nos CME estudados possuem registro na Anvisa em 90,9% dos casos (dez). Os profissionais responsáveis pelas atividades relacionadas ao processamento de produtos estão imunizados contra o vírus da Hepatite B, Difteria e Tétano em 90,9% dos casos (dez CME), apesar de que, em apenas quatro desses casos (36,3%), há protocolos para prevenção da exposição biológica durante atividades laborais.

Nenhum CME estudado reutiliza produtos considerados de uso único e proscritos de processamento segundo normativa da Anvisa (ANIVSA, 2006).

	Auxiliar de saúde bucal	Técnico de Enfermagem	Total de UBS
Profissional responsável pelo RPM	9 (81,8%)	2 (18,1%)	11
	Sim	Não	
Centralização das atividades no CME	7 (63,6%)	4 (36,3%)	11
Fiscalização do CME pela VISA	8 (72,7%)	3 (27,2%)	11
Produtos com registro ANVISA	10 (90,9%)	1 (9%)	11
Existência de Protocolo Biológico	4 (36,3%)	7 (63,6%)	11
Imunização dos profissionais (HBV, Dif, Tet)	10 (90,9%)	1 (9%)	11
Reuso de produtos Lista ANVISA RDC 2606/2006	0	11 (100%)	11

Tabela 2. Caracterização dos Centros de Material e Esterilização das Unidades Básicas de Saúde, segundo o gerenciamento das práticas de reprocessamento de produtos para saúde. Salvador, 2016.

HBV: Hepatite B; Dif: Difteria e Tet: Tétano.

RPM: Reprocessamento de produtos médicos.

A Vigilância Sanitária fiscaliza no mínimo anualmente 72,7% dos casos pesquisados (oito CME).

As etapas dos protocolos de processamento de produtos das UBS estudadas são apresentadas na Tabela 3.

	Sim	Não	Total UBS
Existência de protocolos das etapas do reprocessamento de PM	4 (36,3%)	7 (63,6%)	11
Critérios p/ avaliar se PM é passível de limpeza	0	11 (100%)	11
Limpeza manual	11 (100%)	0	11
Enxague com água potável e sem filtro	10 (90,9%)	1 (9%)	11
Secagem com pano limpo e seco	7 (63,6%)	4 (36,3%)	11
Secagem com papel toalha	4 (36,3%)	7 (63,6%)	11
Avaliação do processo de limpeza	0	11 (100%)	11
Existência de autoclave gravitacional	5 (45,4%)	6 (54,5%)	11
Papel crepado como embalagem	10 (90,9%)	1 (9%)	11
Identificação do produto estéril: conteúdo e data do reprocessamento	6 (54,5%)	5 (45,4%)	11
Validade da esterilização baseada no tempo	11 (100%)	0	11

Tabela 3. Caracterização dos Centros de Material e Esterilização das Unidades Básicas de Saúde, segundo os protocolos de reprocessamento de produtos para saúde. Salvador, 2016.

PPS: Produtos para a saúde.

Pelos dados presentes na Tabela 3, é observada em apenas quatro CME estudadas

(36,3%) a existência de protocolos escritos acerca das etapas que constituem o processamento de produtos e, em nenhum caso (100,0%), a definição de critérios para avaliar se o produto é passível de limpeza e, conseqüentemente, de processamento. O processo de limpeza em todas os CME (100,0%) é realizado pelo método manual e o enxágue com água potável e sem filtro antimicrobiano em dez casos (90,9%). A secagem dos produtos é realizada com pano limpo e seco em sete CME (63,6%) e com papel toalha em quatro CME (36,3%). Não existe avaliação do processo de limpeza em nenhum caso (100,0%). O processo de esterilização é realizado pelo método físico de vapor saturado sob pressão com autoclave gravitacional em cinco casos (45,5%) e o equipamento esterilizador não é identificado em seis (54,5%).

A embalagem utilizada para a esterilização dos produtos é o papel crepado em dez CME (90,9%) e os pacotes esterilizados são identificados com o conteúdo do material e a data do processamento em seis casos (54,5%). A data de validade da esterilização é baseada segundo o tempo de utilização dos produtos em todos os CME (100,0%).

O monitoramento dos parâmetros físicos, químicos e biológicos do processo de esterilização das UBS está descrito na Tabela 4.

	Sim	Não	Total UBS
Monitoramento físico do processo de esterilização	0	0	11
Monitoramento químico do processo de esterilização	0	0	11
Monitoramento biológico do processo de esterilização	5 (45,4%)	6 (54,5%)	11
Qualificação térmica anual das autoclaves	0	11 (100%)	11
Rastreabilidade dos produtos esterilizados	0	11 (100%)	11

Tabela 4. Caracterização dos Centros de Material e Esterilização das Unidades Básicas de Saúde, segundo o monitoramento do processo de esterilização e rastreabilidade dos produtos reprocessados. Salvador, 2016.

Inexistem monitoramentos físico e químico do processo de esterilização em todos os casos e o monitoramento biológico é realizado semanalmente em cinco CME (45,4%). Em nenhum CME estudada é realizada a qualificação térmica anual do equipamento esterilizador, nem existe rastreabilidade dos produtos esterilizados.

#### 4 | DISCUSSÃO

Os dados obtidos acerca das práticas de processamento dos produtos para a saúde dos CME avaliados revelaram inadequações em todas as variáveis independentes estudadas, descritas a seguir.

Em relação à estrutura física, a maioria dos CME (72,7%) possui barreira física entre as atividades de limpeza e secagem dos artigos contaminados (sala cujas atividades são consideradas “suja”) e atividades de preparo, desinfecção e esterilização de produtos (salas com atividades “limpas”).

Existe sala de recepção dos produtos destinados à limpeza e sala de preparo e esterilização em 81,8% dos serviços, requisitos físicos desnecessários para CME existentes em unidades de atenção primária à saúde (APS), serviços esses que não reprocessam produtos complexos (aqueles com lúmens, fundo cego, tubulares). Portanto, seus CME são classificados pela RDC no 15, de 15 de março de 2012 da Anvisa, como de classe I, cuja exigência é de “barreira técnica” e não “barreira física” entre essas atividades. Identificou-se também ausência de climatização central em todas os CME (100,0%) e inexistência da sala de desinfecção química em nove casos (81,8%), requisitos obrigatórios e de grande importância para a prevenção da exposição ocupacional dos trabalhadores durante as atividades de processamento de produtos. Observa-se, portanto, falha do projeto da estrutura física desses CME, com destinação inadequada tanto de espaços físicos, quanto de alocação de recursos materiais.

As atividades de limpeza, desinfecção e esterilização de produtos são centralizadas nos CME das UBS estudadas em 73,7% dos casos e essas atividades são desempenhadas pelo “auxiliar de saúde bucal” na grande maioria (81,8%). Isso aponta para possíveis problemas técnicos, uma vez que esse profissional não possui qualificação para o desenvolvimento dessas atividades, podendo contribuir para práticas inadequadas de processamento de produtos.

Ademais, essa situação pode ser caracterizada como um desvio de função e em desacordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) no 424, de 19 de abril de 2012, que formaliza a competência do enfermeiro e sua equipe no processamento de produtos no nosso país (COFEN, 2012). Importante ressaltar que o Cofen é único Conselho Profissional a definir funções e responsabilidades técnicas acerca das atividades relacionadas com o processamento de produtos para a saúde e, portanto, consideramos que esse exercício é privativo da área da Enfermagem brasileira até então.

Os profissionais responsáveis pelo processamento de produtos estão imunizados contra Hepatite B, Difteria e Tétano em 90,9% dos casos, a despeito da ausência de protocolos para prevenção da exposição biológica durante as atividades laborais na maioria dos CME pesquisados (63,6%), sugerindo que essas imunizações originam de iniciativas individuais e não institucionalizadas, apontando falhas na política de biossegurança desses serviços.

A padronização dos protocolos das etapas do processamento de produtos foi identificada em apenas quatro CME (36,3%), o que denota a falta de planejamento das atividades nucleares para a reutilização de produtos na maioria desses serviços avaliados.

O processo de limpeza, essencial para o sucesso das etapas posteriores do processamento de materiais, é bastante deficiente, dada a ausência de avaliação desse processo em todos os CME pesquisados, além da inexistência de critérios para avaliação do produto quanto à possibilidade de limpeza e, conseqüentemente, de processamento. A secagem dos materiais após limpeza é realizada com papel toalha em 36,3% dos serviços, prática inadequada e que pode gerar resíduos no produto limpo e comprometer o processo posterior de esterilização nesses casos.

O processo de esterilização dos produtos das UBS estudadas também apresenta fragilidades, a despeito de que, em todos os CME (100,0%), o método de esterilização para artigos críticos termorresistentes é o vapor saturado sob pressão, método considerado padrão-ouro para esterilização desses produtos. Entretanto, o tipo do equipamento esterilizador não é identificado em 54,5% dos CME, o que lança dúvidas acerca de como esse processo é realizado, uma vez que há um desconhecimento de como funciona o esterilizador, se por gravidade ou a alto-vácuo e quais seus controles específicos. Ademais, em nenhum CME estudado é realizada a qualificação térmica anual da autoclave utilizada nos serviços, processo indispensável para o conhecimento da *performance* da máquina e do alcance eficaz dos parâmetros essenciais do processo de esterilização a vapor, além de crucial para a padronização dos ciclos de esterilização em relação ao tempo, à temperatura e à pressão a serem ajustados conforme resultado da qualificação. A ausência desse controle, portanto, significa que as autoclaves das UBS estudadas estão funcionando de modo empírico, sem controle dos parâmetros essenciais para o seu funcionamento.

A embalagem utilizada para a esterilização dos produtos é adequada em 90,9% dos casos, entretanto, a identificação dos produtos esterilizados é deficiente em 54,5%, com registro apenas do conteúdo do material e da data do processamento. A data de validade da esterilização é baseada segundo o tempo de utilização dos produtos em todos os CME (100,0%), configurando uma prática obsoleta, uma vez que a validade da esterilização está condicionada a um evento que pode contaminar a embalagem e, conseqüentemente, o produto esterilizado, e não relacionada com tempos definidos de esterilização (RUTALA; WEBWE, 2011; WHO, 2016).

Outro elemento a agravar negativamente o processo de esterilização dos CME estudados é a ausência de monitoramento físico (controles de tempo, temperatura e pressão de cada ciclo realizado) e químico do processo de esterilização em 100,0% dos casos. O monitoramento biológico é realizado uma vez por semana em apenas 45,4% dos CME, em total desacordo com a recomendação vigente que preconiza que esse controle deve ser diário. A ausência dos monitores físicos, químicos e biológicos da esterilização de produtos lança insegurança em relação à eficácia do processo esterilizador e conseqüentemente, desqualifica esse processo. Como utilizar um produto que requer a condição de esterilidade, se não existe segurança de que o mesmo está estéril? Essa é uma questão sem resposta nos CME das UBS estudadas, realidade também identificada em UBS do interior do estado de São Paulo (ROSEIRA

et al, 2016).

Nenhum produto da lista negativa da Resolução Anvisa no 2.605, de 11 de agosto de 200621, é utilizado nos casos estudados e, nesse sentido, esses serviços atendem a essa normativa.

A Vigilância Sanitária fiscaliza no mínimo, anualmente, 72,7% dos CME pesquisados, mas a despeito dessas fiscalizações, as notificações desse órgão não apontam inadequações relacionadas com o processamento de produtos aqui descritas, nem existe uma tomada de decisão oriunda do controle sanitário, que possa ser revertida para a melhoria dos processos de trabalho nos CME estudados.

## 5 | CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstram que a problemática que envolve o processamento dos produtos para a saúde em serviços hospitalares também é identificada em serviços de atenção primária à saúde, como os aqui estudados.

Observou-se que o processamento de produtos nos CME estudados é inadequado, com pontos de fragilidades em todas as etapas do processamento de produtos, especialmente nos processos de limpeza e esterilização, que contribuem para a falta de segurança sanitária do reuso de produtos nesses serviços.

Conclui-se, portanto, que as práticas de processamento de produtos das UBS pesquisadas configuram risco potencial para os usuários de produtos processados nos serviços de atenção básica estudados e que urge um controle sanitário efetivo desses serviços a fim de prevenir danos relacionados com o reuso de produtos para a saúde.

## REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC N° 15, de 15 de março de 2012. **Dispõe sobre o funcionamento de serviços que realizam o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.** Diário Oficial União. 16 mar 2012.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RE N° 2.605, de 11 de agosto de 2006. **Estabelecer a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único proibidos de ser reprocessados, que constam no anexo desta Resolução.** Diário Oficial União. 14 ago 2006.

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR. ISO 14971:2009. **Produtos para saúde: Aplicação de gerenciamento de risco a produtos para saúde.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2009.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN N° 424/2012, de 19 de abril de 2012. **Normatiza as atribuições dos profissionais de enfermagem em Centro de Material e Esterilização e em empresas processadoras de produtos para saúde.** Diário Oficial União. 24 abr 2012.

COSTA, Eliana Auxiliadora Magalhães; COSTA, Ediná Alves. **Reutilização e reprocessamento de produtos médicos de uso único: risco aceitável?**, Revista SOBECC, v.16, n.2, p.50-6, 2011.

COSTA, Eliana Auxiliadora Magalhães. **Gerenciando risco em reprocessamento de produtos para saúde: uma metodologia para serviços hospitalares.** Revista SOBECC, v.18, n.2, p.33-44, 2013.

COSTA, Eliana Auxiliadora Magalhães; COSTA, Ediná Alves; GRAZIANO, Kazuko Uchikawa; PADOVEZE, Maria Clara. **Reprocessamento de produtos médicos: uma proposta de modelo regulatório para hospitais brasileiros.** Rev Esc Enfer USP, v.45, n.6, p.1459-65, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600026>>

COSTA, Eliana Auxiliadora Magalhães; COSTA, Ediná Alves. **Reprocessamento de produtos médicos: da política regulatória à prática operacional.** Cienc Saúde Coletiva, v.16, n.12, p.4787-94, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300027>>

COSTA, Eliana Auxiliadora Magalhães; COSTA, Ediná Alves. **Risco e segurança sanitária: análise do reprocessamento de produtos médicos em hospitais de Salvador, BA.** Rev Saúde Pública, v.46, n.5, p.800-7, 2012. Disponível: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000500006>>

COSTA, Lidiana Flora Vidôto da; FREITAS, Maria Isabel Pereira de. **Reprocessamento de artigos críticos em unidades básicas de saúde: perfil do operador e ações envolvidas.** Rev Bras Enferm, v; 62, n.6, p. 811-9, 2009. Disponível: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000600002>>

GHTF Study Group 3. **Implementation of risk management principles and activities within a Quality Management System: final document.** [S.l.]: Global Harmonization Task Force, 2005.

GROBKOPF, V; JAKEL, C. **Legal framework conditions for the reprocessing of medical devices.** GMS Krankenhaushyg Interdiszip, v.3, n.3, 2008. Doc24.

International Organization for Standardization – ISO. ISO 14971. **Medical devices: application of risk management to medical devices.** Genova: International Organization for Standardization, 2007.

KRAFT, M. **Framework conditions and requirements to measure the technical functional safety of reprocessed medical devices.** GMS Krankenhaushyg Interdiszip, v.3, n.3, 2008. Doc23

KRUGER, CM. **Processing single-use medical devices for use in surgery: importance, status quo and potential.** GMS Krankenhaushyg Interdiszip, v.3, n.3, 2008. Doc21.

PASSOS, Isis Pienta Batista Dias; PADOVEZE, Maria Clara; ROSEIRA, Camila Eugênia; FIGUEIREDO, Rosely Moralez de. **Adaptação e validação de indicadores para o processamento de produtos na atenção primária à saúde.** Latino-Am Enfermagem, v.23, n.1, p. 148-54, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-1169.3518.2536>>

ROSEIRA, CE et al. **Diagnóstico de conformidade do processamento de produtos para saúde na Atenção Primária à Saúde.** Rev Latino-Am Enfermagem, v.24, 2016. Disponível: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1439.2820>>

RUTALA, William A; WEBWE, David J. **Sterilization, high-level disinfection an environmental cleaning.** Infect Dis Clin N Am, v.25, n.1, p. 45-76, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.idc.2010.11.009>>

RUTALA, William A; WEBER, David J. **Guidelines for disinfection and sterilization in helathcare facilities.** Atlanta: Center for Disease Control and Prevention, 2008.

World Health Organization - WHO. **Global guidelines for the prevention of surgical site infection.** Geneva: World Health Organization, 2016.

WHO. World Health Organization. **Decontamination and reprocessing of medical devices for health care facilities.** Geneva: World Health Organization, 2016.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 3a ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DOS MÉTODOS DA MEDICINA NUCLEAR NA IDENTIFICAÇÃO E DIFERENCIAÇÃO DE GLIOMAS

**Rayanne Pereira Mendes**  
**Emilly Cristina Tavares**  
**Katriny Guimarães Couto**  
**Laura Divina Souza Soares**  
**Nágila Pereira Mendes**

### 1 | INTRODUÇÃO

Os tumores do sistema nervoso central representam apenas 2% das neoplasias, contudo têm morbimortalidade significativa por acometerem estruturas nobres do organismo. Há maior prevalência em pacientes acima de 45 anos, sendo mais comuns os gliomas de alto grau nessa faixa etária e os gliomas de baixo grau nas crianças. É um desafio pediátrico já que na infância o câncer cerebral é a neoplasia sólida mais frequente e a segunda causa de morte por neoplasias, perdendo somente para a leucemia (HOFF, 2013). Não obstante os avanços nas técnicas cirúrgicas e a disseminação do uso da RM na década de 90, a queda de mortalidade ainda é bem tímida. Houve um declínio de apenas 1,1% ao ano da mortalidade relacionada aos tumores de SNC de 1975 a 1995 nos Estados Unidos, sendo que atualmente a sobrevida global é de 50% (ARAUJO et al., 2011). No Brasil foi observado até mesmo aumento de mortalidade 1980-

1998, variando de 1,78 para 2,83/100 mil. (MONTEIRO; KOIFMAN, 2003). Desse modo, é de suma importância o desenvolvimento e aplicação de elementos que possam aumentar a sobrevida desses pacientes e é nesse contexto que a disseminação da medicina nuclear no séc. XXI se apresenta como ferramenta promissora.

Segundo a Organização Mundial de Saúde os tumores do SNC são divididos em neuroepiteliais, de células germinativas e da região selar. Os mais comuns são os astrocíticos, no qual está sublocado o glioma, que são um dos tipos de neuroepiteliais. Os gliomas são tumores provenientes de células da glia. Os de baixo grau são os pilocíticos, representando 80% deles, e os fibrilares. Já os de alto grau são os anaplásicos e glioblastoma. A cirurgia é indicada sempre em todos os casos de tumor ressecável e quando há total remoção a chance de cura é excelente. Contudo, quando há massas irressecáveis indica-se a radioterapia ou a quimioterapia que em associação com carboplastina e vincristina possibilitam a estabilização ou regressão do tumor em 70% das vezes. A maioria dos gliomas são supratentoriais, tendo a possibilidade de uma abordagem cirúrgica, todavia os infratentoriais apesar de terem uma menor incidência, não possuem abordagem cirúrgica e tem mal

prognóstica (HOFF, 2013).

Para que haja uma eficácia dos tratamentos, acompanhado de um bom prognóstico é necessário diagnóstico precoce, estadiamento preciso e correta avaliação de recorrência pós-tratamento. Para isso, são utilizados principalmente métodos de imagem convencional que são a tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) que tem limitada acurácia em relação à imagem funcional desses tumores que pode ser obtida com exames de tomografia por emissão de pósitron (PET) com radiofármacos específicos como marcadores (HOFF, 2013). Este trabalho destina-se a abordar a acurácia dos métodos diagnósticos da medicina nuclear na caracterização do glioma, comparando-os com a acurácia dos métodos convencionais. Assim, essa revisão literária visa discutir qual a orientação adequada da conduta médica frente aos pacientes com glioma, resultando em um melhor prognóstico.

## 2 | MATERIAL E MÉTODOS

Foram utilizados como banco de dados o Pubmed e Biblioteca Virtual de Saúde – BVS. As palavras chave utilizadas foram: FDOPA glioma, FGD glioma, MET glioma, PET-CT glioma, PRGD2 glioma. Para seleção dos estudos, utilizou-se como critério de inclusão estudos experimentais e revisões bibliográficas que abordassem o tema ‘exames nucleares em casos de glioma’ em português ou inglês, limitados da data de 2010 até 2017. Foram selecionados 10 artigos mais adequados ao tema, de maior espectro amostral com mais ampla análise.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pelo fato de diversas patologias, a exemplo de infecções, inflamações, acidente vascular cerebral e doenças desmielinizantes, assemelharem-se aos tumores cerebrais em exames de imagem, o diagnóstico através desses métodos pode muitas vezes ser inconclusivo. Isso se deve à impregnação do contraste e também por possuírem efeito expansivo (ARAGÃO; VALENÇA, 2010). Usualmente, o diagnóstico de tumores no SNC e estadiamento é feito com RM, TC e a biopsia confirmatória. Pelo fato de serem métodos anatômicos, podem esbarrar na limitação de identificação de microtumores da fase inicial, norteamo em cirurgia de ressecção ou recorrências recentes, sobretudo para avaliação pós-quimioterápica, devido a distorções estruturais causadas pelo tratamento. Como esse momento é uma fase determinante da conduta médica que pode ser expectante ou terapêutica, o uso de métodos funcionais pela medicina nuclear se mostra promissor na melhora do prognóstico dos pacientes com glioma. O método funcional mais indicado para cânceres de cabeça e pescoço é o PET-CT. Esse exame se baseia no registro da distribuição *in vivo* de compostos marcados com isótopos emissores de pósitrons, administrados por via intravenosa (HOFF, 2013).

Para avaliar glioma podem ser usados diferentes marcadores: 11C-metil-1-

metionina MET-C11, O-(2-[18F]fluoretil)-tirosina (FET-F18), 3,4-dihidroxii-6-[18F]-fluoro-l-fenilalanina(FDOPA-F18), fluordesoxiglicose marcada com flúor-18 (FDG-F18) e 68 gálio-BNOTA- PRGD2 (PRGD2-Ga18).

A MET-C11 pode ser eficaz na diferenciação do tumor cerebral metastático recorrente das alterações induzidas pela radiação. Na quimioterapia alquilante é também usada como meio de avaliação da eficácia do tratamento. É também útil na ressecção neurocirúrgica guiada por PET, permitindo realce de contraste superior a RM em 80% dos casos e, conseqüentemente, uma ressecção completa da área resultando em uma sobrevida maior em pacientes com gliomas de alto grau (GALLDIKS et al., 2017). Deve-se observar que os parâmetros do MET-PET estão intimamente correlacionados com o grau histológico do glioma. Na detecção de gliomas o MET tem sensibilidade e especificidade 70-80% (GALLDIKS et al., 2017).

O FET-F18, em comparação com a RM pós-operatória de glioblastoma feita nas primeiras 72 horas, se mostrou mais sensível em 24% dos casos em que a RM foi falsamente negativa comprovado por histopatologia ou seguimento a curto prazo. A avaliação desses tumores malignos logo após a cirurgia é importante para garantir que maior quantidade de tecido neoplásico seja removido. Dessa forma, o uso de FET-PET após cirurgia e antes da realização de quimiorradiação de glioblastoma tem forte influência prognóstica. Também, o uso de FET-PET em pacientes com glioblastoma mostrou uma precisão diagnóstica de 85%, em comparação com a RM convencional, para diferenciar pseudoprogressão típica (até 12 semanas) e tardia (>12 semanas) da progressão tumoral verdadeira após radioterapia. Evidencia-se uma sensibilidade de 95% e especificidade de 91% deste método para detecção de glioma mesmo em micrometástases. Dessa forma, o uso desse método no tratamento desse câncer além de melhorar a detecção de recorrência evita os efeitos secundários de tratamentos excessivos e desnecessários ao doente(GALLDIKS et al., 2017).

A FDOPA-F18 se mostrou eficaz na diferenciação de metástases cerebrais recorrentes ou progressivas em relação às alterações induzidas pela radiação, com sensibilidade de 81% e especificidade de 84%. Comparado com a RM a precisão do FDOPA-PET na detecção de glioma foi 91% superior (GALLDIKS et al., 2017).

Okubo et al. (2010) em estudo comparativo entre MET, FET e FDOPA explicaram os resultados: “A maior absorção de MET, FET, FDOPA em gliomas e metástases cerebrais parece ser causada predominantemente pelo aumento do transporte através do sistema de transporte L para aminoácidos neutro grandes, nomeadamente os subtipos LAT1 e LAT2”.

Singhal et al. (2007) ainda elucidam que “Uma característica que distingue FET de MET e FDOPA é a alta estabilidade metabólica de FET”.

O FDG-F18 é o marcador mais utilizado atualmente para diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço por ser um análogo da glicose que se acumula mais intensamente nas células com alto metabolismo celular como as tumorais. É de mais fácil acesso, no entanto tem acurácia muito variada para cada tipo de tumora (HOFF, 2013). Sua

acurácia, sensibilidade e especificidade para gliomas em geral são bastante limitadas, que são de 80, 70 e 97%, respectivamente. Tem sensibilidade inferior à RM em todos os graus, exceto em grau II, no qual suas sensibilidades são comparáveis (95 e 90%). No entanto, possui especificidade muito superior à RM, que é de 18 a 33% em todos os graus de glioma (SANTRA et al., 2012).

Deling et al., em estudo prospectivo de 2014 esclarecem a respeito da baixa sensibilidade do FDG em avaliação de gliomas:

“A precisão diagnóstica do PET 18F-FDG é enfraquecida pelo alto metabolismo fisiológico da glicose nas áreas cerebrais onde o glioma é propenso a ocorrer, como o córtex cerebral, os gânglios da base e o tálamo. (...) a sensibilidade da detecção de glioma por PET / CT 18F-FDG é relativamente baixa, particularmente para LGG, porque a captação de 18F-FDG em LGG é usualmente semelhante à da substância branca normal. Mesmo na HGG, a captação de 18F-FDG variou muito. A captação de F-FDG, avaliando apenas os mecanismos associados ao metabolismo elevado da glicose, é inespecífica para as características moleculares do glioma”.

O  $^{68}\text{Ga}$ -PRGD2 se acumula mais intensamente em células endoteliais da neovasculatura e as células de glioma que expressam a integrina  $\alpha\beta 3$ . Foi comprovado por análise histopatológica que diferentes níveis de integrina em gliomas correspondem à classificação desse câncer pela OMS. Tendo essa alta afinidade por células tumorais específicas (de alto grau de glioma), e baixa afinidade pelas células do cérebro normal, o  $^{68}\text{Ga}$ -PRGD2 apresenta relativa boa acurácia na identificação de glioma, superior à do FGD e ótima efetividade na diferenciação do grau do tumor - sendo máxima para esse fim (de 100%) (LI et al., 2014). É também o ideal para seguimento de glioblastoma multiforme, um glioma de alto grau com alta expressão de integrina. Sua aplicação na diferenciação é importante mesmo entre gliomas grau III e IV, pois eles têm prognósticos completamente diferentes (ZHANG et al., 2015).

As Tabelas 1 e 2 são comparativas entre todos os marcadores estudados.

#### 4 | CONCLUSÃO

Conclui-se que para diagnóstico precoce e avaliação de recorrências, pós-cirúrgica ou pós-quimio ou radioterapia precoces ou tardias de gliomas em geral, o melhor marcador é o FET, superior tanto em sensibilidade quanto em especificidade. Com exceção do glioblastoma multiforme onde o melhor marcador para seguimento é o PRGD2. Para diferenciação do grau dos gliomas, em geral, o melhor é o PRGD2 com acurácia máxima. Os demais marcadores de PET estudados, embora tenham sensibilidade ligeiramente inferior a RM, tem especificidade extremamente superior, sendo um método mais confiável, levando em consideração as múltiplas afecções que podem mimetizar um tumor no SNC, sobretudo pós-tratamento quimio ou radioterápico. O exame funcional é sumariamente importante na orientação da conduta médica, considerando significativa possibilidade de ressecções incompletas e recorrências pós-tratamento, a alta mortalidade desse tumor e os malefícios de tratamentos

desnecessários. As análises feitas *in vivo* e com comprovação histopatológica, até o momento atual, independentes das utilizadas para este trabalho, foram feitas em diferentes grupos de apenas 5 a 55 pacientes com glioma. Convém, portanto, a realização estudos semelhantes com amostra de maior espectro para melhor caracterização desses marcadores da identificação desse tipo de câncer.

## REFERENCIAS

Hoff, Paulo Marcelo Gehm (ed). Tratado de oncologia. SÃO PAULO: ATHENEU, 2013

ARAUJO, Orlandira L. de et al. Análise de sobrevida e fatores prognósticos de pacientes pediátricos com tumores cerebrais. **Jornal de Pediatria**. Fortaleza, p. 425-432. 27 jun. 2011.

MONTEIRO, Gina Torres Rego; KOIFMAN, Sergio. Mortalidade por tumores de cérebro no Brasil, 1980-1998. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.1139-1151, ago. 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2003000400035>.

ARAGÃO, Maria de Fátima Viana Vasco; VALENÇA, Marcelo Moraes. **A ressonância magnética em tumores astrocitários: avaliação da associação de padrão existente com a graduação histopatológica**. 2010. 140 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

GALLDIKS, Norbert et al. The use of amino acid PET and conventional MRI for monitoring of brain tumor therapy. **Neuroimage: Clinical**, [s.l.], v. 13, p.386-394, 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nicl.2016.12.020>.

OKUBO, Shuichi et al. Correlation of l-methyl-11C-methionine (MET) uptake with l-type amino acid transporter 1 in human gliomas. **Journal Of Neuro-oncology**, [s.l.], v. 99, n. 2, p.217-225, 21 jan. 2010. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s11060-010-0117-9>.

SINGHAL, Tarun et al. 11C-l-Methionine Positron Emission Tomography in the Clinical Management of Cerebral Gliomas. **Molecular Imaging And Biology**, [s.l.], v. 10, n. 1, p.1-18, 24 out. 2007. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s11307-007-0115-2>.

SANTRA, Amburanjan et al. F-18 FDG PET-CT in patients with recurrent glioma: Comparison with contrast enhanced MRI. **European Journal Of Radiology**, [s.l.], v. 81, n. 3, p.508-513, mar. 2012. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejrad.2011.01.080>

LI, Deling et al. 68Ga-PRGD2 PET/CT in the Evaluation of Glioma: A Prospective Study. **Molecular Pharmaceutics**, [s.l.], v. 11, n. 11, p.3923-3929, 11 ago. 2014. American Chemical Society (ACS). <http://dx.doi.org/10.1021/mp5003224>.

ZHANG, H. et al. Can an 18F-ALF-NOTA-PRGD2 PET/CT Scan Predict Treatment Sensitivity to Concurrent Chemoradiotherapy in Patients with Newly Diagnosed Glioblastoma? **Journal Of Nuclear Medicine**, [s.l.], v. 57, n. 4, p.524-529, 29 out. 2015. Society of Nuclear Medicine. <http://dx.doi.org/10.2967/jnumed.115.165514>.

## SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO A USUÁRIO COM NEOPLASIA MALIGNA DE OROFARINGE: RELATO DE CASO

### **Janaina Baptista Machado**

Universidade Federal de Pelotas – Faculdade de Enfermagem  
Pelotas – RS

### **Ingrid Tavares Rangel**

Universidade Federal de Pelotas – Faculdade de Enfermagem  
Pelotas – RS

### **Patrícia Tuerlinckx Noguez**

Universidade Federal de Pelotas – Faculdade de Enfermagem

### **Franciele Budziareck Das Neves**

Universidade Federal de Santa Catarina – Programa de Pós Graduação em Enfermagem  
Florianópolis – SC

### **Luiz Guilherme Lindemann**

Universidade Federal de Pelotas – Faculdade de Enfermagem  
Pelotas – RS

### **Aline da Costa Viegas**

Hospital Escola UFPel/EBSERH  
Pelotas – RS

### **Silvia Francine Sartor**

Enfermeira Assistencial – Hospital Erasto Gaertner  
Curitiba - PR

### **Taniely da Costa Bório**

Universidade Federal de Pelotas – Faculdade de Enfermagem  
Pelotas – RS

**RESUMO:** O presente trabalho é um estudo de caso realizado na unidade cirúrgica de um hospital localizado na região sul do Rio Grande do Sul. Os preceitos éticos e legais da Resolução 466/2012, que dispõe sobre proteção e respeito a vida humana, foram respeitados. O Objetivo deste é relatar o processo de adoecimento vivenciado por um usuário de 43 anos, do Sistema Único de Saúde (SUS), que apresentava o diagnóstico de neoplasia maligna de orofaringe. Estima-se que no Brasil (2018-2019) ocorram cerca de 11.200 casos novos de câncer da cavidade oral em homens, valores estimados de 10,86 casos novos a cada 100 mil homens. O processo de enfermagem (PE) foi o balizador para a organização, planejamento, execução e implementação das ações, as quais foram desenhadas a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que deve ser utilizada como instrumento norteador para o enfermeiro. Deste modo, por meio da SAE, pode-se elencar as necessidades do usuário e planejar soluções de assistência adequadas para o caso.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem, Processo de enfermagem, Sistematização de enfermagem, oncologia.

**ABSTRACT:** The present study is a case study carried out in the surgical unit of a hospital located in the southern region of Rio Grande

do Sul. The ethical and legal precepts of the Resolution 466/2012, which provides protection and respect for human life, was respected. The objective of this study is to report the illness experienced by a 43-year-old user of the Unified Health System (SUS), who presented the diagnosis of malignant oropharyngeal neoplasia. It is estimated that in Brazil (2018-2019) about 11,200 new cases of cancer of the oral cavity occur in men, estimated values of 10.86 new cases per 100,000 men. The nursing process was the key to the organization, planning, execution and implementation of the actions, which were designed based on the Systematization of Nursing Assistance, which should be used as a guiding tool for nurses. Thus, through it, it is possible to identify the needs of the user and to plan appropriate care solutions for the case.

**KEYWORDS:** Nursing, Nursing process, Nursing systematization, oncology.

## INTRODUÇÃO

A enfermagem possui como pilar oficial o cuidado humano que, por sua vez, consiste em esforços transpessoais de ser humano para ser humano, a fim de proteger, promover a saúde, desvendar o processo saúde-doença, e buscar o sentido da harmonia interna (WALDOW, 2006).

Para desenvolver o cuidado adequado às necessidades, é necessário que o profissional de saúde projete uma sistematização da assistência, com base nas peculiaridades e singularidades do indivíduo, as quais foram percebidas ao longo da prática profissional (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI 2009).

Neste contexto, para o Processo de Enfermagem (PE), torna-se fundamental o desenvolvimento de um processo organizacional, que permita planejar, executar e implementar ações sistematizadas, que possibilitem identificar, compreender, descrever, explicar e prever quais as necessidades do indivíduo, família ou coletividade humana (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI 2009).

A Resolução do COFEN 358 de 2009 regulamenta que o “Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberativo e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem” (COFEN, 2009).

O PE consiste em cinco fases sequenciais que descrevem o método de resolução dos problemas: investigação, diagnóstico, planejamento, intervenção e avaliação (SANTOS; BARBOSA; OLIVEIRA et. al., 2010). É através desse processo que o enfermeiro determina a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é um importante instrumento norteador que viabiliza o trabalho do enfermeiro, dando-o autonomia e reconhecimento da profissão.

Conforme descrito na resolução 358/2009, a SAE deve ser registrada formalmente pelo enfermeiro, o qual deverá utilizar a padronização das taxonomias NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*, classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC, e Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC, que

orientam a prática clínica (COFEN 2009; BAVARESCO; LUCENA, 2012).

Diante destas ferramentas de organização do processo de trabalho do enfermeiro, o presente estudo de caso visa estabelecer um plano de cuidados ao usuário com neoplasia maligna de orofaringe.

Tendo isso em mente, o câncer de orofaringe corresponde ao grupo das neoplasias malignas da cavidade oral, e manifesta-se comumente como uma lesão ulcerada, mal definida, dolorosa, em um dos lados da linha mediana do palato mole. A etiologia do câncer deste tipo de câncer é multifatorial, sendo os fatores de risco mais conhecidos o tabaco e o consumo excessivo de álcool (MINITI et al., 1993; INCA, 2018).

Estima-se que no Brasil para cada ano do biênio 2018-2019 ocorram cerca de 11.200 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 3.500 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 10,86 casos novos a cada 100 mil homens, ocupando a quinta posição; e de 3,28 para cada 100 mil mulheres, sendo o 12º mais frequente entre todos os cânceres (INCA, 2018).

De acordo com Dedivitis et. al. (2004), o câncer da orofaringe tem como agravante ser oligossintomático no início, seja devido ao padrão de inervação sensitiva, dada pelo glossofaríngeo, seja devido à superfície irregular da mucosa, em especial a das tonsilas palatinas, com suas criptas, onde um pequeno carcinoma pode ficar oculto ao exame clínico.

Segundo o Hospital do Câncer de Barretos (2015), as manifestações sintomáticas mais frequentes são: lesões na boca sem cicatrização, nódulos na região cervical, espessamento na bochecha, área avermelhada ou esbranquiçada nas gengivas, língua, e tonsilas, irritação, odinofagia, disfagia, dificuldade ou dor para mover a mandíbula ou a língua, edema da mandíbula, dentes que ficam frouxos ou moles na gengiva, mudanças na voz, respiração ruidosa, perda de peso, mau hálito persistente, dentre outros.

As manifestações clínicas da doença tendem a aparecer quando a patologia se encontra em estádios avançados, o que acaba conferindo um prognóstico desfavorável para uma grande parcela desses pacientes, implicando diretamente na sua qualidade de vida (PINTO; MATOS; PALERMO, et. al. 2012).

Grande parte dos usuários acometidos por neoplasia maligna de orofaringe, que buscam pelos serviços de saúde, encontra-se com a doença em estágio avançado, configurando assim um cuidado de alta complexidade, em função das características peculiares do adoecimento, requerendo do enfermeiro responsabilidades que lhe são privativas. É por meio da implementação da SAE, através do PE, que o enfermeiro pode utilizar o raciocínio clínico e julgamento crítico para selecionar qual a melhor terapêutica (PINTO; MATOS; PALERMO, et. al. 2012; NASCIMENTO; MEDEIROS; SALDANHA, et. al. 2012). Sendo assim, o presente estudo aborda a realização de um plano de cuidados, baseado na Sistematização da Assistência em Enfermagem, a um usuário portador de um câncer de orofaringe.

## RELATO DO CASO

Usuário do sexo masculino, 43 anos, foi encaminhado por um médico para um hospital no extremo sul do Brasil, com diagnóstico de carcinoma espinocelular, para realização do devido tratamento.

O usuário é internado na unidade clínica-cirúrgica, onde realiza exames e aguarda cirurgia. Durante a internação, os respectivos autores do estudo demonstraram interesse em realizar acompanhamento do caso, preservando o anonimato do usuário e respeitando os princípios éticos e legais de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõem sobre o respeito à dignidade humana e a proteção de vida dos participantes de pesquisas científicas (BRASIL, 2012). Ainda, foi fornecido um termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi assinado, o que oportunizou a continuidade do estudo.

Durante a anamnese, o usuário relatou estar esclarecido quanto ao seu diagnóstico, e que sente dificuldade de engolir, sente dor na região da face, insônia e constipação. Na sua história familiar, relata que suas duas irmãs tiveram câncer, uma delas melanoma, e a outra câncer de mama. Seus dois irmãos possuíam histórico de hipertensão e doença mental.

No exame físico geral, foi encontrado alterações, como: ausência de alguns dentes e das tonsilas palatinas, linfonodos cervicais palpáveis e sensíveis a dor, dor grau nove, voz disfônica, IMC de 20,15kg/m<sup>2</sup>, configurando-se abaixo do peso, com presença de acesso venoso periférico em membro superior esquerdo, e presença de massa a palpação no quadrante inferior esquerdo do abdome (constipação).

No exame de sangue, encontrou-se as seguintes alterações: Eritrócitos (4,9%), Hematócrito (39,4%), Hemoglobina (13,2g/dl), HCM (26,8 pg), CHCM (33,5 g/dl).

O exame de tomografia apresentou o seguinte laudo: controle tomográfico computadorizado em status pós-operatório tardio de ressecção neoplásica na orofaringe. Percebe-se, uma lesão expansiva recidivante, infiltrada, na orofaringe, obliterando os espaços parafaríngeos superficiais e profundos, medindo 4 cm de diâmetro. A massa neoplásica está em continuidade com a base da hemilingua direita, com as regiões amigdalíneas, com marcada irregularidade da parede lateral direita da orofaringe. Percebe-se, concomitantemente, o aparecimento de algumas linfonodomegalias nos níveis I e II à direita. Não há evidência de infiltrado neoplásico nos grandes vasos do pescoço. Não surgiram linfonodomegalias contralaterais. Região glótica e infraglótica sem alteração. Resumo: lesão expansiva recidivante infiltrada no pescoço parafaríngeo à direita. Linfonodomegalias metastáticas nos níveis I e II.

O exame de vídeolaringoscopia, apresentou o seguinte laudo: cavidade nasal esquerda: mucosa nasal apresenta coloração pálida; hipertrofia de cornetos inferiores e médios e secreção mucóide abundante; coana esquerda normal; cavidade nasal direita: mucosa nasal de coloração pálida, secreção mucóide; desvio de septo nasal; observa-se parede posterior da rinofaringe abaulada do lado direito com hiperemiada

e presença de abundante secreção; base de língua à direita tumefeita até a região de valécula deste lado, com estase de saliva, deglutição prejudicada; epiglote sem alterações; pregas vocais sem alterações; recessos piniformes sem alterações.

O exame citopatológico, apresentou esfregaços positivos para células malignas tipo carcinoma escamoso.

Medicamentos em uso: Diazepam (10mg/ via oral 24/24h); Dipirona (500mg endovenoso 6/6H); Cetoprofeno (100m endovenoso 12/12h); Omeoprazol (20mg via oral 24/24h); Metoclopramida (10mg se necessário); Morfina (10mg endovenoso, se dor forte).

## DISCUSSÃO

No caso relatado, o usuário apresenta diversas alterações clínicas, ressaltando-se assim a importância da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem para proporcionar um tratamento com abrangência biopsicossocial. A SAE permite a identificação das situações do processo saúde doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, recuperação e reabilitação da saúde, de forma humanizada e individual (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009).

Nessa perspectiva, utilizamos a teoria das necessidades humanas básicas de Horta (1979), que dispõe de uma análise integrativa do usuário, que aborda três aspectos: psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais. Essa teoria é baseada na pirâmide de Maslow, que corresponde a uma “hierarquia” das necessidades fisiológicas e psicossociais, com a intenção de priorizar a manutenção das mais importantes. Neste trabalho apresentaremos somente as necessidades psicobiológicas afetadas.

As necessidades humanas básicas psicobiológicas, afetadas no usuário foram: nutrição (IMC abaixo da média), eliminação (constipação devido a utilização de opióides), sono (perda do sono devido à dor), integridade cutâneo–mucosa (cateter venoso periférico salinizado no membro superior esquerdo), motilidade (dificuldade na deglutição em virtude dos nódulos), e percepção dolorosa (dor espalhada pela face).

Com base nos dados levantados, foi elaborado um plano de cuidados direcionado às necessidades humanas básicas afetadas. Para construção do plano, utilizamos como fundamentação teórica os diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* (2012) e a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) de Bulechek e Butcher (2010).

Os Diagnósticos de Enfermagem são uma análise clínica da resposta do indivíduo, e subdivide-se em três níveis denominados: domínios (esfera de atividade, estudo, interesse), classes (subdivisão de um grupo maior; divisão de por qualidade, grau ou categoria) e diagnóstico de enfermagem (julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo a problemas de saúde/processos vitais). Essa taxonomia agrega 13

domínios, 47 classes, e 217 diagnósticos (CHAVES, 2013).

O sistema de classificação de intervenção de enfermagem (NIC) trata-se de uma ação autônoma da enfermeira, fundamentada em preceitos científicos que é executada para beneficiar o usuário, por meio de cuidados fisiológicos e psicológicos, seguindo o caminho predito pelo diagnóstico de enfermagem com o objetivo de alcançar metas (GUIMARÃES; BARROS, 2001).

Sendo assim, definiu-se o seguinte o plano de cuidados elaborado para o usuário do caso:

Diagnósticos de enfermagem	Prescrições	Aprazamento
D1: Dor crônica (00133) relacionado a incapacidade física evidenciado por relato verbal de dor.	a) Observar e avaliar a dor. b) Assegurar que o usuário receba cuidados precisos de analgesia. c) Investigar com o usuário os fatores que aliviam/pioram a dor.	a) Manhã, tarde e noite. b) Manhã, tarde, noite. c) Manhã.
D2: Motilidade gastrointestinal disfuncional (00196) relacionado a dificuldade de eliminar fezes evidenciado por agentes farmacêuticos.	a) Monitorar os movimentos intestinais, incluindo frequência, consistência, formato, volume e cor, conforme apropriado. b) Encorajar o aumento da ingestão de líquidos. c) Administrar laxativos, conforme prescrição médica.	a) Manhã, tarde, noite. b) Manhã, tarde e noite. c) Manhã.
D3: Nutrição desequilibrada menos que as necessidades humanas corporais (00002) relacionado a fatores biológicos evidenciado por perda de peso com ingestão adequada de comida, peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal.	a) Pesar o usuário. b) Assegurar dieta adequada. c) Alimentar ou auxiliar usuário na alimentação.	a) Manhã. b) Manhã. c) Manhã, tarde e noite.
D4: Comunicação verbal prejudicada (00051) relacionado a condições fisiológicas evidenciado por fala com dificuldade.	a) Ouvir com atenção. b) Fornecer meios de comunicação escrita se necessário. c) Colocar-se de pé em frente ao usuário ao falar.	a) Manhã, tarde e noite. b) Manhã, tarde e noite. c) Manhã, tarde e noite.
D5: Integridade da pele prejudicada (00046) relacionado a fatores mecânicos evidenciado por rompimento da superfície da pele.	a) Observar presença de sinais flogísticos. b) Proteger cateter com plástico no banho de aspersão. c) Manter curativo oclusivo e com fixação adequada.	a) Manhã. b) Manhã. c) Manhã, tarde e noite.
D6: Deglutição prejudicada (00103) relacionado a anormalidades orofaríngeas evidenciado por odinofagia.	a) Ajudar o usuário a sentar-se ereto (o mais próximo de 90° graus) para alimentar-se. b) Providenciar higiene oral antes das refeições. c) Identificar a dieta prescrita.	a) Manhã, tarde e noite. b) Manhã. c) Manhã.
D7: Insônia (00095) relacionado a desconforto físico evidenciado por relato de dificuldade para adormecer.	a) Adaptar ambiente para promover o sono. b) Estimular o uso de medicamentos para dormir que não contenham supressores do sono REM. c) Determinar o padrão de sono/vigília do usuário	a) Noite b) Noite c) Noite

D8: Risco de resposta alérgica (00217) relacionado a medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Documentar todas as alergias no prontuário clínico, conforme o protocolo.</li> <li>b) Monitorar o usuário quanto a reações alérgicas a novos medicamentos.</li> <li>c) Notificar os cuidadores e os provedores de atendimento de saúde sobre alergias conhecidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Manhã.</li> <li>b) Manhã.</li> <li>c) Manhã.</li> </ul>
D9: Risco de baixa autoestima situacional (00153) relacionado a distúrbio na imagem corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Transmitir confiança na capacidade do usuário para lidar com a situação.</li> <li>b) Recompensar ou elogiar o progresso do usuário na direção das metas.</li> <li>c) Fazer declarações positivas sobre o usuário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Manhã, tarde e noite.</li> <li>b) Manhã, tarde e noite.</li> <li>c) Manhã, tarde e noite.</li> </ul>
D10: Risco de infecção (00004) relacionado a defesas primárias inadequadas: pele rompida (cateter endovenoso).	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Orientar o usuário e/ou família sobre a manutenção do dispositivo de acesso venoso</li> <li>b) Trocar cateter, curativos e protetores conforme o protocolo da instituição</li> <li>c) Manter a permeabilidade do cateter.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Manhã.</li> <li>b) A cada 48h, se não houver intercorrências.</li> <li>c) Manhã, tarde e noite.</li> </ul>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Planejar o cuidado de enfermagem pautado na SAE consiste em um modo de estabelecer uma assistência qualificada e de acordo com as necessidades da pessoa cuidada. Refletir e elaborar um plano de cuidado e ações direcionadas as queixas do usuário e uma anamnese criteriosa do enfermeiro, possibilita um olhar holístico, e, portanto, uma assistência direcionada aos problemas reais e potenciais da pessoa, sendo elencados os cuidados primordiais e prioritários para a sua condição.

Cuidar da pessoa com câncer, sobretudo, de orofaringe vai além da dimensão biológica, é essencial perceber as necessidades sociais, psicológicas e espirituais, sendo o enfermeiro profissional habilitado a enxergar a pessoa na sua integralidade, podendo assim, acionar outros profissionais para colaborar na atenção ao usuário e sua família.

Diante da contextualização apresentada, entende-se que vivenciar o planejamento da SAE durante a graduação em enfermagem torna-se essencial, visto a sua relevância para a prática do cuidado do enfermeiro, como um instrumento que qualifica e garante uma assistência de excelência nos serviços de saúde.

## REFERENCIAS

BAVARESCO, T.; LUCENA, A.F. **Intervenções da Classificação de Enfermagem NIC validadas para pacientes em risco de úlcera por pressão**. Revista Latino Americana de Enfermagem, v.20, n.6, p.1-8, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466 de 14 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.; DOCHTERMAN, J. **NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CASTILHO N.C.; RIBEIRO, P.C.; CHIRELLI, M.Q. **A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil.** Revista Texto e Contexto Enfermagem, v.18, n.2, p.280-289, 2009.

CHAVES, L.D. Padrão de Terminologia na Enfermagem. In: CHAVES, L.D.; SOLAI, C.A. **SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade.** 2a Edição. São Paulo: Martinari, 2013.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 358/2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 16 nov. 2018.

DEDIVITIS, R.A.; FRANÇA, C.M.; MAFRA, A.C.B.; GUIMARÃES, F.T.; GUIMARÃES, A.V. **Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe.** Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v.70, n.1, p. 35-37, 2004.

GUIMARÃES, H.C.Q.P.; BARROS, A.L.B.L. **Classificação das intervenções de enfermagem.** Revista Escola de Enfermagem USP, v.35, n.2, p.130-134, 2001.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS. **Câncer de cabeça e pescoço.** 2015. Disponível em: <<http://www.hcancerbarretos.com.br/cancer-de-cabeca-e-pescoco>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

INCA. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil.** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

MINITI, A. et al. **Tumores da Cavidade Oral e Faringe:** otorrinolaringologia Clínica e Cirúrgica. São Paulo: Atheneu, 1993.

NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA.** Porto Alegre: Artmed, 2012.

NASCIMENTO, L.K.A.S.; MEDEIROS, A.T.N.; SALDANHA, E.A.; TOURINHO, F.S.V.; SANTOS, V.E.P.; LIRA, A.L.B.C. **Sistematização da Assistência de Enfermagem a Pacientes Oncológicos:** uma revisão integrativa da literatura. Revista Gaúcha de Enfermagem, v.33, n.1, p.177-185, 2012.

PINTO, F.R.; MATOS, L.L.; PALERMO, F.C.; MARTINEZ, J.K.; KULCSAR, M.A.V.; CAVALHEIRO, B.G., et al. **Tratamento cirúrgico do carcinoma epidermoide da cavidade oral e orofaringe no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP):** perfil dos pacientes tratados e resultados oncológicos iniciais. Revista Brasileira de Cirurgia Cabeça Pescoço, v.41, n. 2, p. 53-57, 2012.

SANTOS, E.C.G.; BARBOSA, H.A.L.; OLIVEIRA, N.F.; CORDEIRO, P.M. **O Processo de enfermagem na sistematização da assistência: fundação centro de controle oncológico do Amazonas.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental, v.2, p.667-670, 2010.

WALDOW, V.R. **Cuidar:** expressão humanizadora da enfermagem. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

## TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA DE RORAIMA

### **Maria Soledade Garcia Benedetti**

Secretaria de Saúde do Estado de Roraima  
Universidade Federal de Roraima  
Boa Vista - Roraima

### **Thiago Martins Rodrigues**

Secretaria de Saúde do Estado de Roraima  
Boa Vista - Roraima

### **Roberto Carlos Cruz Carbonell**

Secretaria de Saúde do Estado de Roraima  
Universidade Federal de Roraima  
Boa Vista - Roraima

### **Calvino Camargo**

Universidade Federal de Roraima  
Boa Vista - Roraima

**RESUMO:** Tendo como referência a transição demográfica e epidemiológica propõe-se descrever a evolução demográfica e a transição epidemiológica em Roraima. Trata-se de um estudo descritivo e documental. O levantamento de dados foi realizado por meio de uma revisão bibliográfica e a metodologia de análise ocorreu em duas etapas – a primeira faz uma contextualização da transição demográfica, – e na segunda, a transição epidemiológica em Roraima. O fenômeno da transição demográfica acompanha o modelo do país, marcado por um modelo teórico de transição, de uma sociedade rural para uma sociedade

urbana, com quedas das taxas de natalidade e fecundidade. A transição epidemiológica é nítida, e apresenta a redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitária e o aumento de mortes por violências e acidentes, doenças crônicas e neoplasias. Os fatores relacionados a essa transição certamente estão atribuídos ao desenvolvimento econômico da região e a introdução de medidas de saúde pública.

**PALAVRAS-CHAVE:** Transição demográfica, transição epidemiológica, Roraima.

**ABSTRACT:** With reference to the demographic and epidemiological transition, it is proposed to describe the demographic evolution and the epidemiological transition in Roraima. This is a descriptive and documentary study. The data collection was carried out through a bibliographical review and the methodology of analysis took place in two stages - the first one contextualizes the demographic transition, and the second, the epidemiological transition in Roraima. The phenomenon of the demographic transition accompanies the model of the country, marked by a theoretical model of transition, from a rural society to an urban society, with declines in birth and fertility rates. The epidemiological transition is clear, with a reduction in mortality from infectious and parasitic diseases and an increase in deaths from violence and accidents, chronic diseases and neoplasias. Factors

related to this transition are certainly attributed to the economic development of the region and the introduction of public health measures.

**KEYWORDS:** Demographic transition, epidemiological transition, Roraima.

## 1 | INTRODUÇÃO

A prática epidemiológica em diferentes períodos revela o efeito determinante do contexto histórico. Somente o estudo integrado dos processos gerais de uma formação social com suas expressões particulares no terreno epidemiológico pode nos permitir captar a essência dos fenômenos pertinentes à ação coletiva. A configuração interna da epidemiologia como ciência e como recurso técnico tem a dimensão prática como mediadora principal entre si e as condições gerais da sociedade (BREILH, 1991).

É inquestionável a importância da epidemiologia e da vigilância epidemiológica como áreas de atuação da Saúde Coletiva e da Saúde Pública no mundo e no Brasil (BREILH, 1991). A Vigilância Epidemiológica (VE) surge como um importante instrumento da Saúde Pública (WALDMAN, 1998) e prevê a integralidade preventivo-assistencial das ações de saúde, e a consequente eliminação da dicotomia tradicional entre a saúde individual e coletiva (BREILH, 1991).

Segundo Omran (1971) a transição epidemiológica, caracteriza-se pela evolução progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para um outro onde predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças consideradas crônico-degenerativas. Nesse sentido, o presente artigo tem como objetivo descrever a transição demográfica e epidemiológica em Roraima.

## 2 | MÉTODOS

Estudo descritivo e documental. O levantamento de dados foi realizado por meio de uma revisão bibliográfica, onde utilizou-se a busca de artigos por meio da palavra-chave “TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA” nos indexadores MEDLINE (literatura internacional em Ciências da Saúde), PubMed, LILACS (Literatura Latinoamericana em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BDTD (biblioteca digital de teses e dissertações), em língua portuguesa, além de uma pesquisa documental das publicações oficiais do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria de Saúde do Estado de Roraima (SESAU).

A metodologia de análise utilizada ocorreu em duas etapas – a primeira faz uma contextualização da transição demográfica, – e na segunda, a transição epidemiológica em Roraima.

### 3 | TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

Na virada no século XX a então Freguesia de Nossa Senhora do Carmo pertencente ao Governo do Estado do Amazonas, foi elevada à categoria de Município de Boa Vista do Rio Branco, com o intuito de dar proteção e maior desenvolvimento econômico a esta localidade. Nessa época, com o fracasso do mercado da borracha, a Amazônia entrou em profundo declínio econômico e os fluxos migratórios diminuíram. A área restrita ao Rio Branco também foi atingida por este fato, passando por uma fase de estagnação no avanço de frentes de ocupação humana e crescimento econômico, com o agravante do precário sistema de transporte existente (BARBOSA, 1993).

A criação de gado era um estímulo à fixação humana. O aparecimento da atividade mineral (garimpo de ouro e diamante) foi responsável por um pequeno fluxo migratório na década de 1910. Contudo, não foi fator responsável por significativo crescimento populacional ou econômico. A população de Boa Vista era de 8 a 10 mil índios e de 3 a 4 mil o restante, sendo que na sede municipal estimava-se 500 habitantes (PEREIRA, 1993). Em 1926, Boa Vista elevou-se à categoria de cidade (BARBOSA, 1993).

Em 1940, os dados do Censo Nacional de Recenseamento mostravam a população (excluindo-se os índios) de 10.509 habitantes (MORTARA, 1993) com a densidade demográfica de 0,06 habitantes por Km<sup>2</sup>, oitenta vezes menor que a média nacional de 4,84 hab./Km<sup>2</sup>. A população rural atingia 86,7%, devido as atividades de rebanho bovino e garimpo. Com a criação do Território Federal do Rio Branco em 1943 o governo federal buscava uma estratégia de proteção das áreas fronteiriças da Amazônia, e em menor escala o desenvolvimento econômico da região. Boa Vista ficou estabelecida como capital desta unidade federada. A estimativa dada pelo censo de 1940 demonstrava uma população de 12.130 habitantes e a densidade de 0,05 hab./Km<sup>2</sup>, essa redução pode ser explicada pelo aumento da área geográfica na época (PEREIRA, 1993).

Nos primeiros anos desta nova fase, o governo do Território concretizou obras de infraestrutura no setor da saúde, abastecimento de água e construção de estradas, a atual BR 174, e tentou de todas as formas estimular a colonização. Todas as tentativas governamentais de assentamento não refletiram bons resultados em um primeiro momento devido a precariedade das localidades abertas e os seguidos surtos de malária. Os primeiros dados oficiais, confirmando a política de ocupação do Território, são relatadas através de recenseamentos de 1950 (18.116 hab.) e 1960 (28.304 hab.). A população apresentou taxas médias de crescimento anual de 5,49% e 4,65%, para os decênios de 1940/50 e 1950/60, respectivamente. Estes números superaram em 139,7% e 39,2% os índices obtidos para toda a região Norte nos mesmos períodos (IBGE, 1993). A pressão fundiária no Nordeste e a facilidade de obtenção de terras incentivadas pelo governo local já eram responsáveis por um significativo número de migrantes. O incremento no tráfego fluvial e os primeiros deslocamentos aéreos nesta região também permitiram que o vale do rio Branco começasse a sair gradativamente

de seu isolamento diante do restante do Brasil (BARBOSA, 1993).

Em 1980, ainda Território Federal de Roraima, a população era de 79.121 habitantes (BENEDETTI, 2017) com importante participação da população indígena nesse quantitativo. Em menos de 10 anos a população dobrou de tamanho e tal fato se deu em função, sobretudo, da “exploração do garimpo” de ouro na área indígena Yanomami na década de 1980. Assentamentos agrícolas também auxiliaram nesse aumento populacional ao longo das décadas passadas (RORAIMA, 1996).

O estado de Roraima foi criado em 1988 por meio da Constituição Federal e passou de oito para 15 municípios. Ocupa uma área de 224.301,080 Km<sup>2</sup> e a população estimada para 2016 corresponde a 514.229 habitantes. A densidade demográfica é de 2,29 habitantes por Km<sup>2</sup>. A capital, Boa Vista, ocupa uma área de 5.687,037 Km<sup>2</sup>, concentra 63,4% da população e possui a densidade demográfica de 49,99 habitantes por Km<sup>2</sup> (IBGE, 2016). A pirâmide etária do Brasil e Roraima projetada pelo IBGE para 2015, revela uma situação intermediária entre as pirâmides de país desenvolvido e de país em desenvolvimento, os chamados países emergentes (BENEDETTI, 2016). Segundo dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM aumentou de 0,459 em 1991 para 0,707 em 2010 (PNDU, 2013).

No período de 1987 a 1989, “auge do garimpo” houve uma invasão desordenada de cerca de 50 mil homens entre garimpeiros e nordestinos em busca de melhores condições de vida, num estado ainda não preparado estruturalmente para tal. Calcula-se que aproximadamente de 5 a 10 mil homens oriundos desta época permaneceram em Roraima com subempregos ou mesmo, desempregados. Em 1987 não existiam biscateiros, esmoleiros, menino de rua, nem formação de gangs. Estas causas de caráter social extrapolaram as ações no campo da saúde pública (RORAIMA, 1993). O crescimento populacional de Roraima no período de 1980 a 2016 foi de 649,9% (Figura 1) (BENEDETTI, 2017).

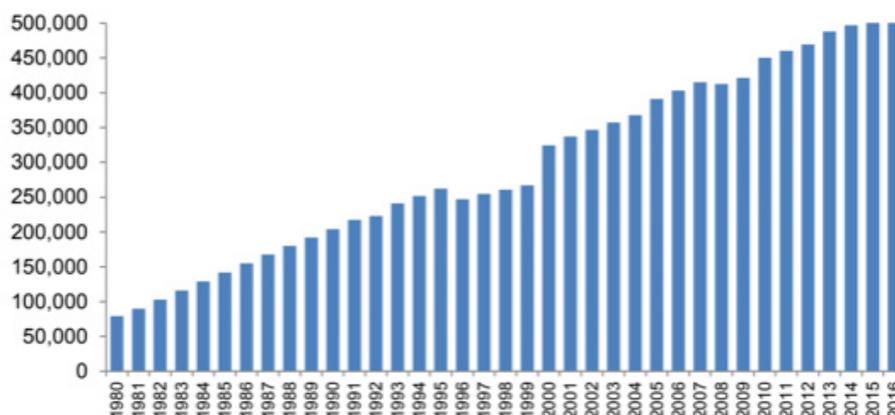


Figura 1. População residente do Estado de Roraima, 1980 a 2016

Fonte: IBGE (Censos e estimativas). Relatório Anual de epidemiologia de Roraima de 2016.

O fenômeno da transição demográfica em Roraima é evidente, e destacamos os diferenciais frente a um modelo teórico de transição, de uma sociedade rural para uma sociedade urbana, em 1940 a população rural representava 86,7% da população (BARBOSA, 1993), e atualmente, a taxa de urbanização é de 84,2% (IBGE, 2017).

Acompanhando uma tendência nacional (DUARTE; BARRETO, 2012), o processo de urbanização em Roraima acompanhou-se de importantes mudanças sociais, como nas formas de inserção da mulher na sociedade, rearranjos familiares, incrementos tecnológicos, entre outras. O padrão demográfico alterou-se. A forte queda na taxa de fecundidade marcadamente evidenciada de 2000 a 2012, quando registravam taxas de 3,57 e reduziram para 2,5 filho/mulher (BRASIL, 2013), acima da média nacional de 1,77 e abaixo da média mundial de 2,52 (BENEDETTI, 2015) com reflexo na taxa de natalidade que vem reduzindo gradativamente desde 1984 quando a taxa era de 37,2 nascimentos por 1.000 habitantes e caiu para 20 nascimentos/mil habitantes em 2016. A esperança de vida ao nascer do país, na década de 40 era de 42 anos, de 90 (60 anos), de 2016 (75,7 anos), em Roraima no ano 2000 era de 65,3 anos e em 2015 alcançou 71,1 anos (BENEDETTI, 2017).

#### 4 | TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Diferentemente do padrão nacional onde a taxa geral de mortalidade decresceu de 18/1.000 habitantes, em 1940, para uma taxa estimada entre 6 e 8/1.000 em 1985 (PRATA, 1992), em Roraima, essa taxa reduziu de 6,0/1.000 habitantes, em 1984, para 4,3/1.000 em 2016 (BENEDETTI, 2017). Com relação a mortalidade infantil o movimento foi o mesmo do país, de decréscimo, de 160/1.000 nascidos vivos, em 1940, para 85/1.000 NV em 1980 (PRATA, 1992), a redução em Roraima foi muito expressiva passando de 48,2/1.000 nascidos vivos, em 1984, para 18,3/1.000 em 2016. Em 1991 as três principais causas de mortalidade infantil foram as afecções originadas no período perinatal, anóxia intrauterina e infecção intestinal, as duas primeiras refletem a qualidade da assistência à mãe e ao recém-nascido, e a última, os padrões de saneamento, habitação, distribuição de renda e educação, refletindo diretamente no estado nutricional da criança (RORAIMA, 1993).

Todas as taxas de mortalidade infantil (TMI) por componentes de Roraima mostraram redução importante no período de 1992 a 2016. A taxa de mortalidade pós-neonatal reduziu no período de 1992 (34,9 por mil nascidos vivos - NV) e 2016 (7,3 por mil NV) na ordem de 79,1%. A taxa de mortalidade neonatal tardia reduziu 13,6% nesse período passando de 2,2 em 1992 para 1,9 em 2016. A taxa de mortalidade neonatal precoce variou de 16,2 em 1992 para 9,1 em 2016, uma redução de 43,8% no período (BENEDETTI, 2017).

As causas de morte e o risco de morrer variaram segundo a faixa etária e o sexo. No período de 1987 a 2016, houve mudança no padrão da curva de Nélson de

Moraes assumindo um padrão de curva intermediária entre o Tipo I em 1987 e Tipo III, em 2016, refletindo redução na proporção de morte entre os menores de um ano de 31,8% em 1987 para 8,5% em 2016 e aumento na proporção de morte entre a população com 50 anos idade ou mais, passando de 28,3% para 55,6%, no mesmo período (BENEDETTI, 2017).

O indicador Swaroop-Uemura vem apresentando elevação no país há pelo menos duas décadas (BRASIL, 2014), em Roraima esse indicador alcançou em 1995 a proporção de 37,7% das mortes na população com 50 anos de idade em mais, e em 2016 de 55,6%. Embora o aumento seja expressivo encontra-se muito abaixo de 70% que equivale a um nível de saúde elevado, característico de países desenvolvidos. A razão de óbitos masculino em relação ao feminino em Roraima foi de 1,62 em 2000, ou seja, ocorreram 162 óbitos masculinos para cada 100 do sexo feminino, em 2006 essa razão foi de 1,69, e em 2015, essa razão foi de 1,79, e os óbitos masculinos corresponderam a 64% de todas as mortes (BENEDETTI, 2017).

Já o estudo da mortalidade por causas no período de 1990 a 2016 evidencia uma similaridade ao ocorrido no país anteriormente. Em 1930, as doenças infecciosas e parasitárias (DIP) foram responsáveis por 46% do total de óbitos no país, enquanto em 1985 elas representavam apenas 7% (PRATA, 1992). Em 1990 as DIP representavam 14,1% de todas as mortes ocorridas no estado e reduziram para 5,3%, em 2016, migrando da segunda causa de morte em 1990 para a quinta em 2016 (Figura 2), esse comportamento tem sido observado em vários países nas últimas décadas, e se dá em grande parte pelas melhorias socioeconômica da população. A taxa de mortalidade por 100 mil habitantes reduziu em 51% no período de 1996 e 2016, porém houve um aumento de 59% dessa taxa com relação ao ano de 2015. As principais causas básicas de morte foram a doença pelo HIV com 31,3% de todas as mortes, septicemia com 27,9%, doenças infecciosas intestinais com 12,7%, tuberculose com 6,8% e hepatites virais com 5,9% (BENEDETTI, 2017). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Benedetti e colaboradores (2005) realizado no período de 1996 a 2004.

Outro estudo destacou a redução proporcional das mortes infantis por DIP no período 2006 a 2016 e observou o predomínio das mortes por doenças diarreicas (59,3%), corroborando com os dados da literatura que apontam as doenças diarreicas como importante causa de morte nessa faixa etária e sua forte associação com fatores socioeconômicos. Chama a atenção que 6,2% das mortes foram em decorrência de doenças imunopreveníveis como a coqueluche, difteria e varicela, e a presença de doenças negligenciadas em 5,5% das mortes, entre elas, leishmaniose visceral, malária, dengue e sífilis congênita (SANTOS; BENEDETTI; LAGARES, 2016).

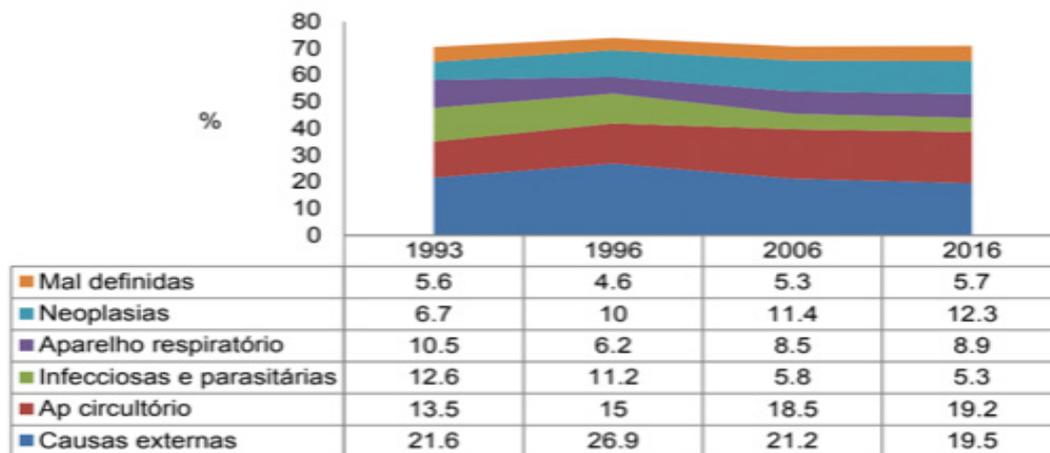


Figura 2. Mortalidade proporcional por grupo de causas. Roraima, 1993, 1996, 2006 e 2016

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima de 1993, 2000, 2015.

Por outro lado, as doenças do aparelho circulatório representavam 11,9% das mortes em 1990 e chegaram a 19,3% em 2016, saindo da terceira posição para o segundo lugar em 2016, as neoplasias aumentaram de 6,5% para 12,3% e passaram do quinto lugar para o terceiro em 2016 (BENEDETTI, 2017), esse fenômeno foi observado no país (PRATA, 1992). As causas externas ocupam a principal causa de morte há décadas, a proporção das mortes reduziu de forma importante nos últimos anos, em 1990 representava 30,3% das mortes e em 2016 19,5% e a taxa de mortalidade por 100 mil habitantes passou de 97,2/100.000 habitantes em 2001 para 84,4/100.000 habitantes em 2016 (BENEDETTI, 2017).

No período de 1990 a 2016 os acidentes de transporte terrestre tiveram redução na taxa por 100 mil habitantes de 29/100 mil habitantes para 19,6/100 mil habitantes, com o auge em 2000 de 40/100 mil habitantes, a taxa de homicídio variou de 73/100 mil habitantes para 34,8/100 mil habitantes, e a taxa de suicídio teve um incremento importante passando de 1,9/100 mil habitantes para 10,1/100 mil habitantes, considerados eventos preveníveis, as taxas do estado são bastante expressivas comparadas com a média nacional. As altas taxas de acidentes de transporte e homicídios no início da década de 1990 possivelmente são reflexos da invasão desordenada na década passada em busca do garimpo (BENEDETTI, 2000).

As causas de morte mal definidas esteve entre as cinco principais causas de mortalidade no período de 1987 a 1992, em 1993, passou a ocupar a sexta posição (RORAIMA, 1993), atualmente encontra-se na sétima posição (6,3% de todas as mortes), e ainda ocupa uma posição não satisfatória, uma vez que significa falta de assistência médica ou elucidação diagnóstica, e apesar das inúmeras solicitações pelo setor de epidemiologia do estado, desde 1989 (RORAIMA, 1996), e ainda não há um Serviço de Verificação de Óbito (SVO) estruturado nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde.

## 5 | CONCLUSÃO

O fenômeno da transição demográfica em Roraima acompanha o modelo do país, marcado por um modelo teórico de transição, de uma sociedade rural para uma sociedade urbana, com quedas das taxas de natalidade e fecundidade. O processo de colonização apresenta um incremento populacional recente, e embora o aumento seja expressivo nas últimas quatro décadas, o estado apresenta a menor densidade demográfica do país.

A transição epidemiológica é nítida com a redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitária e o aumento de mortes por violências e acidentes, doenças crônicas e neoplasias. Há décadas as causas externas representam o principal grupo de causa de morte no estado. Apesar das altas incidências de doenças tropicais e negligenciadas, as mortes por doenças infecciosas e parasitárias passaram de terceiro lugar em 1993 para sexto lugar em 2016, atrás inclusive das causas de morte mal definidas. Os fatores relacionados a essa transição certamente estão atribuídos ao desenvolvimento econômico da região e a introdução de medidas de saúde pública.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, R.I. **Ocupação Humana em Roraima**. I. Do Histórico Colonial ao início do assentamento dirigido. Bol. Mus. Par. Emílio Goeldi 9(1): 123-144, 1993. Disponível em: <https://www.inpa.gov.br/nucleos/roraima/publicacoes.htm>

BENEDETTI, M.S.G. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2000**. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima. Coordenação de Epidemiologia, 2000. Disponível em: [http://www.saude.rr.gov.br/cgvs/images/visa/relatorios/relatorioanualdeepidemiologia\\_2000.pdf](http://www.saude.rr.gov.br/cgvs/images/visa/relatorios/relatorioanualdeepidemiologia_2000.pdf)

BENEDETTI, M.S.G.; FRANÇA, S.A.; SOUZA, J.R.; TAMLOC, J.C.K.; ASATO, M.S. **Mortalidade por DIP em Roraima, 1996 a 2004**. 14<sup>a</sup> Congresso Brasileiro de Infectologia, Belo Horizonte, 2005.

BENEDETTI, M.S.G. (Org.). **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2014**. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, 2015. Disponível em: [http://www.saude.rr.gov.br/cgvs/images/visa/relatorios/relatorioanualdeepidemiologia\\_2014.pdf](http://www.saude.rr.gov.br/cgvs/images/visa/relatorios/relatorioanualdeepidemiologia_2014.pdf)

BENEDETTI, M.S.G. (Org.). **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2015**. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, 2016. Disponível em: [http://www.saude.rr.gov.br/cgvs/images/visa/relatorios/relatorioanualdeepidemiologia\\_2015.pdf](http://www.saude.rr.gov.br/cgvs/images/visa/relatorios/relatorioanualdeepidemiologia_2015.pdf)

BENEDETTI, M.S.G. (Org.). **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2016**. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, 2017. Disponível em: [http://www.saude.rr.gov.br/cgvs/images/visa/relatorios/novo/relatorioanualdeepidemiologia\\_2016.pdf](http://www.saude.rr.gov.br/cgvs/images/visa/relatorios/novo/relatorioanualdeepidemiologia_2016.pdf)

BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. Tradução Luiz Roberto de Oliveira ... [et al.]. Editora UNESP HUCITEC, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de **Análise de Situação em Saúde**. **Saúde Brasil 2012: Uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações**. Brasília, 2013. 538 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2012\\_analise\\_situacao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2012_analise_situacao_saude.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de **Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: Uma análise da situação e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília, 2014. 384 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2013\\_analise\\_situacao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf)

DUARTE, C.D.; BARRETO, S.M. **Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema**. Epidemiol. Serv. Saúde.v.21, n.4, Brasília. 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, s.d. apud Barbosa RI. **Ocupação Humana em Roraima. I. Do Histórico Colonial ao início do assentamento dirigido**. Bol. Mus. Par. Emílio Goeldi 9(1): 123-144, 1993. Disponível em: <https://www.inpa.gov.br/nucleos/roraima/publicacoes.htm>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa, 2016**. Disponível em: [https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa\\_dou.shtm](https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtm)

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa, 2017**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>

MORTARA, G. **A população de fato do Território do Rio Branco nas suas novas fronteiras**. BOL. Geogr., 2(17):671-672, apud Barbosa RI. Ocupação Humana em Roraima. I. Do Histórico Colonial ao início do assentamento dirigido. Bol. Mus. Par. Emílio Goeldi 9(1): 123-144, 1993. Disponível em: <https://www.inpa.gov.br/nucleos/roraima/publicacoes.htm>

OMRAM, A.R. **The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change, 1971**. Milbank Memorial FundQuarterly, 49 (Part 1): 509-538.

PEREIRA, L. **O Rio Branco – observações de viagem**. Imprensa Pública, Manaus. 68p. apud Barbosa R.I. Ocupação Humana em Roraima. I. Do Histórico Colonial ao início do assentamento dirigido. Bol. Mus. Par. Emílio Goeldi 9(1): 123-144, 1993. Disponível em: <https://www.inpa.gov.br/nucleos/roraima/publicacoes.htm>

PRATA, P.R. **A transição epidemiológica no Brasil**. Cad. Saúde Pública, vol.8, n°.2, Rio de Janeiro, Apr./June 1992.

PNDU. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2013.

RORAIMA. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 1993**. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima, 1993.

RORAIMA. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 1996**. Centro de Epidemiologia de Roraima (CEPIRR), 1996.

SANTOS, R.A.; BENEDETTI, M.S.G.; LAGARES, T.S. **Mortalidade infantil por Doenças Infecciosas e Parasitárias ocorridas em Roraima no período de 2006 a 2015**. 19º Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica, Fortaleza, 2016.

WALDMAN, E.A. **Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública**. Inf Epidemiol SUS: 3: 7-26, 1998.

## USO DE FITOTERÁPICOS E PLANTAS MEDICINAIS EM PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE FORTALEZA - CE

### **José Wilson Claudino Da Costa**

Centro Universitário Estácio do Ceará  
Fortaleza - Ceará

### **Ana Thaís Alves Lima**

Centro Universitário Estácio do Ceará  
Fortaleza - Ceará

### **Beatris Mendes Da Silva**

Centro Universitário Estácio do Ceará  
Fortaleza - Ceará

### **Oslen Rodrigues Garcia**

Centro Universitário Estácio do Ceará  
Fortaleza - Ceará

### **Ingrid Melo Araújo**

Centro Universitário Estácio do Ceará  
Fortaleza - Ceará

**RESUMO:** Hipertensão, usualmente chamada de pressão alta, é ter a pressão arterial, sistematicamente, igual ou maior que 14 por 9. Ela é muito comum, acomete uma em cada quatro pessoas adultas. A fitoterapia por se tratar de uma opção eficiente, barata e culturalmente conhecida é considerada como opção na busca de soluções terapêuticas, utilizada principalmente pela população de baixa renda. A intenção deste estudo refere-se à investigação do uso de fitoterápicos como alternativa de tratamento da hipertensão de pacientes de um posto de saúde da cidade de

Fortaleza – (CE). O estudo foi desenvolvido com 40 hipertensos com faixa etária entre 38 e 82 anos, através da aplicação de um questionário sobre conhecimento fitoterápico. De acordo com os resultados verificou-se uma baixa ingestão de fitoterápicos e plantas medicinais pelos pacientes hipertensos da rede pública, dentre os que fazem uso, a maioria haviam aprendido com a família sobre a utilização das plantas, afirmando sentir uma melhora significativa nos sintomas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fitoterapia. Hipertensão. Plantas medicinais.

**ABSTRACT:** Hypertension, usually called high blood pressure, is to have blood pressure systematically equal to or greater than 14 by 9. It is very common, affects one in four adult people. Phytotherapy because it is an efficient, cheap and culturally known option is considered as an option in the search for therapeutic solutions, used mainly by the low income population. The intention of this study is to investigate the use of herbal medicines as an alternative to treat hypertension in patients at a health center in the city of Fortaleza (CE). The study was developed with 40 hypertensive patients aged between 38 and 82 years, through the application of a questionnaire on phytotherapeutic knowledge. According to the results, it was verified a low intake of herbal and medicinal plants

by hypertensive patients of the public network, among those who use, the majority had learned with the family about the use of the plants, affirming to feel a significant improvement in the symptoms.

**KEYWORDS:** Phytotherapy. Hypertension. Medicinal plants.

## INTRODUÇÃO

Hipertensão Arterial Sistêmica, usualmente chamada de pressão alta, é ter os níveis pressóricos elevados e mantidos, igual ou maior a 140 e/ou 90 mmHg. Está frequentemente associada a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgão-alvos (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, como aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais, segundo a SBC (2016). Ela é muito comum, acometendo uma em cada quatro pessoas adultas. Os hipertensos devem conhecer sua condição e manter-se em tratamento com adequado controle da pressão. Silva e Hahn (2011), consideram a fitoterapia uma boa opção para o controle dos níveis pressóricos, principalmente para a população de baixa renda, pois se trata de uma ferramenta eficiente, barata e culturalmente difundida. Acredita-se que o uso de plantas medicinais seja favorável à saúde humana, desde que o usuário tenha conhecimento prévio de sua finalidade, riscos e benefícios, sendo responsabilidade dos profissionais de saúde, orientar a população quanto à utilização segura e racional dos fitoterápicos/ plantas medicinais (FARIAS, 2016).

A intenção deste estudo refere-se à investigação do uso de fitoterápicos como alternativa de tratamento da hipertensão de pacientes de um posto de saúde da cidade de Fortaleza – (CE).

## METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido com 40 hipertensos com faixa etária entre 38 e 82 anos. Foram selecionados os pacientes hipertensos usuários da unidade básica de saúde que aguardavam atendimento médico ou estavam na fila de espera de medicamentos através de uma entrevista direta com questionário estruturado a partir de Silva et al. (2006), contendo perguntas fechadas para identificação dos pacientes e perguntas abertas referentes às plantas medicinais que os mesmos utilizavam. Foram excluídos do estudo os pacientes que se negaram a participar, gestantes e pessoas com capacidade cognitiva reduzida.

Os dados coletados foram digitados em planilha do programa Excel® versão 2013 e foram descritos através de estatística de média  $\pm$  desvio padrão e porcentagem.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa revelou que o uso de plantas medicinais para controle da hipertensão arterial foi relatado por apenas 42,5 % dos entrevistados (predominância de mulheres, 70 %). Dentre as espécies citadas predominou o uso de erva cidreira (47%), seguido por capim santo e alho (29,41%) e erva doce (23,53%). 70,5 % notaram melhora nos sintomas enquanto que 29,4 % não notaram nenhuma diferença após o consumo. 47% dos entrevistados faziam uso de fitoterápicos por indicação de familiares, 29,4 % por indicação de amigos ou vizinhos enquanto que 23,52% por recomendação médica. Em relação ao tempo de uso acima de 2 anos (58,88%), 1 a 3 meses (11,76 %), 3 a 6 meses (5,88%), mais de 3 meses (5,88%), mais de 6 meses (5,88%), menos de 1 mês (11,76%). Em relação a frequência diária (35,29%), mais que 1 vez por mês (35,29%), mais que 1 vez por semana (23,53%), semanal (5,88%). Quanto ao modo de ingestão chá (88,23%), maceração (5,88%), cápsula (5,88%). De acordo com os resultados verificou-se uma baixa ingestão de fitoterápicos e plantas medicinais pelos pacientes hipertensos da rede pública, dentre os que fazem uso, a maioria haviam aprendido com a família sobre a utilização das plantas, afirmando sentir uma melhora significativa nos sintomas. O uso de plantas medicinais deveria ser uma prática comum de cuidado à saúde, com acompanhamento dos profissionais da área, por ser uma alternativa mais natural, eficiente e barata em relação ao tratamento medicamentoso. Nesse sentido, propostas de educação permanente sobre plantas medicinais tornam-se relevantes, no intuito de fortalecer a integralidade do cuidado. A participação dos profissionais de saúde e, especificamente o nutricionista na orientação da população em relação ao uso da fitoterapia para tratamento da hipertensão arterial é de grande importância, tendo em vista a peculiaridade de cada planta e sua utilização adequada.

## CONCLUSÃO

Com os resultados citados, analisando-se o tipo de paciente escolhido para o estudo, pôde-se perceber que a maioria não faz uso de plantas medicinais como alternativa de controle da hipertensão. Porém, os que o fazem declaram sentir uma melhora significativa nos sintomas. Contudo, o uso de plantas medicinais deveria ser uma prática comum de cuidado à saúde, com acompanhamento dos profissionais da área, por ser uma alternativa mais natural, eficiente e barata em relação ao tratamento medicamentoso.

## REFERÊNCIAS

ALVES, J. J. P. **Conhecimento popular sobre plantas medicinais e o cuidado da saúde primária: um estudo de caso da comunidade rural de Mendes, São José de Mipibu/RN.** Revista Cultural e Científica do UNIFACEX, v. 13, n. 1, p. 136-156, 2015.

ALMEIDA, A.; SUVENAGA, E. S. **Ação farmacológica do alho (*Allium sativum* L.) e da cebola (*Allium cepa* L.) sobre o sistema cardiovascular: revisão.** Nutrire, v. 34, n. 1, pp. 185-197, 2009. Disponível em: <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20093209669>. Acesso em: 04 nov. 2017.

ARAÚJO, Flávia Nunes Ferreira et al. **A efetividade das ações de controle da hipertensão arterial na atenção primária a saúde** Revista de Pesquisa em Saúde, v. 17, n. 2, 2017.

BLANCO, Sergio Marin. **Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica em área rural do município de Serra, Espírito Santo.** 2017.

SILVA, Bruna Quevedo. HANH, Siomara Regina. **Uso de plantas medicinais por indivíduos com hipertensão arterial sistêmica diabetes mellitus ou dislipidemias.** Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo v.2 n.3 36-40 set./dez. 2011.

FARIAS, Daíse. **Uso de plantas medicinais e fitoterápico como forma complementar no controle da hipertensão arterial.** Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management, v. 12, n. 3, 2016.

KALLUF, L.J.H. **Fitoterapia funcional: dos princípios ativos à prescrição de fitoterápicos.** 1.ed. São Paulo: VPEditora, 2008. 304p.

LEMÕES, M. A. M. et al. **O uso da planta *Sphagneticola trilobata* por agricultores acometidos de Diabetes Mellitus.** Revista Pesquisa: Cuidados Fundamentais, on-line. v. 4, n. 1, p. 2.733-2.739, 2012. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/1592>>. Acesso em: 04 nov. 2017.

Macedo, A. F. Oshiiwa, M. Guarido, C. F. **Ocorrência do uso de plantas medicinais por moradores de um bairro do município de Marília-SP.** Ver. Ciênc. Farm. Básica Apl., 2007, vol. 28 (1):123-128. Disponível em: <[http://www.fcfar.unesp.br/revista\\_pdfs/vol28n1/trab15.pdf](http://www.fcfar.unesp.br/revista_pdfs/vol28n1/trab15.pdf)> Acesso em: 04 nov. 2017.

MARMITT, D. J. et al. **Revisión sistemática de las plantas de interés para el Sistema de Salud con potencial terapéutico cardiovascular.** Revista Cubana de Plantas Medicinales, v.21, p.108-124, 2016.

NUNES, Marília Gabrielle Santos; BERNARDINO, Amanda; MARTINS, René Duarte. **Uso de plantas medicinais por pessoas com hipertensão.** Northeast Network Nursing Journal, v. 16, n. 6, 2015.

PEIXOTO, M. I. et al. **Plantas medicinais utilizadas por idosos da zona rural de Fagundes – PB.** In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO (CIEH), 2015, Fagundes, PB. Anais... v. 2, n. 1, 2015.

ROSA, R. L.; BARCELOS, A. L. V.; BAMPI, G. **Research on medicinal plants in treating individuals with diabetes mellitus in the city of Herval D'Oeste, Santa Catarina State, Brazil.** Revista Brasileira de Plantas Medicinais, v. 14, n. 2, p. 306-310, 2012.

SILVA, B. Q.; HAHN, Siomara Regina. **Uso de plantas medicinais por indivíduos com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus ou dislipidemias.** Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde, v. 2, p. 36-40, 2011.

SILVA, Maria Izabel G. et al. **Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família no município de Maracanaú (CE).** Rev bras farmacogn, v. 16, n. 4, p. 455-62, 2006.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. Arq Bras Cardiol.; v.107,n.3,supl.3,2016.

## USO DE LIPOENXERTO EM CICATRIZ EXCISÃO DE SARCOMA EM MEMBRO INFERIOR

### **Ananda Christiny Silvestre**

Universidade Federal de Goiás, Faculdade de  
Medicina  
Goiânia – GO

### **Bárbara Oliveira Silva**

Universidade Federal de Goiás, Faculdade de  
Medicina  
Goiânia – GO

### **Beatriz Aquino Silva**

Universidade Federal de Goiás, Faculdade de  
Medicina  
Goiânia – GO

### **Citrya Jakelline Alves Sousa**

Universidade Federal de Goiás, Faculdade de  
Medicina  
Goiânia – GO

### **Débora Goerck**

Universidade Federal de Goiás, Faculdade de  
Medicina  
Goiânia – GO

### **Marianna Medeiros Barros da Cunha**

Universidade Federal de Goiás, Faculdade de  
Medicina  
Goiânia – GO

### **Rodrigo Gouvea Rosique**

Universidade Federal de Goiás, Faculdade de  
Medicina  
Goiânia – GO

### **Tuanny Roberta Beloti**

Universidade Federal de Goiás, Faculdade de  
Medicina  
Goiânia – GO

**RESUMO:** **Introdução:** A inclusão da lipoaspiração ao arsenal da Cirurgia Plástica promoveu um incremento no uso de enxerto autólogo de gordura, sendo este atualmente aplicado para aumento de volume, substituição de tecidos moles, reparo cicatricial e para fins estéticos e reconstrutores no pós-operatório de excisões cirúrgicas. **Justificativa:** O presente artigo visa relatar um caso de lipoenxertia em local de ressecção de lipossarcoma, que objetivou a restauração da silhueta corporal, a fim de demonstrar a eficácia do tratamento estético da lesão. **Metodologia:** Foram utilizados dados secundários, obtidos em prontuário do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HCUFG). Para embasamento teórico, foram feitas buscas em bancos de dados virtuais, como SciELO e PUBMED. **Resultados e Discussão:** A lipoenxertia tem sido cada vez mais utilizada em reconstruções de cicatrizes decorrentes de ressecção de neoplasias e reparo de assimetrias. Contudo, tem como principal desvantagem a reabsorção de gordura, que ocorre frequentemente no pós-operatório, implicando na necessidade de reabordagens cirúrgicas. No presente caso, houve grande perda de tecido miofascial, após ressecção neoplásica, tendo sido necessária a realização de três lipoenxertias consecutivas com quantidades de gordura sucessivamente maiores, buscando reparar a silhueta corporal

e o bem-estar biopsicossocial da paciente. **Conclusão:** A Cirurgia Plástica reparadora está associada à correção de deformidades físicas, bem como de um eventual desequilíbrio psicológico associado, objetivando sempre promover e restaurar a qualidade de vida dos pacientes, através da oferta de um tratamento holístico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Lipoenxertia, Cirurgia Plástica, Lipossarcoma

**ABSTRACT: Introduction:** The inclusion of liposuction in the arsenal of Plastic Surgery promoted an increase in the use of autologous fat grafting, which is being currently applied for volume increase, soft tissue replacement, cicatricial repair and aesthetic and reconstructive purposes in the postoperative period of surgical excisions.

**Justification:** This article aims to report a case of fat grafting in the site of resection of a liposarcoma, which aimed at restoring the body silhouette, in order to demonstrate the effectiveness of the aesthetic treatment of the lesion. **Methodology:** Secondary data was obtained from medical records of the Hospital das Clínicas of the Federal University of Goiás (HCUFG). For the theoretical background, searches were made on virtual databases, such as SciELO and PUBMED. **Results and Discussion:** Fat grafting has been increasingly used in reconstruction of scars of neoplastic resection and in the repair of asymmetries. However, its main disadvantage is fat reabsorption, which occurs frequently postoperatively, implying the need for surgical reassetment. In the present case, there was a great loss of myofascial tissue after neoplastic resection, and it required three consecutive fat grafting with successively larger amounts of fat, in order to repair the body silhouette and the biopsychosocial well-being of the patient.

**Conclusion:** Restorative Plastic Surgery is associated with the correction of physical deformities, as well as a possible psychological imbalance associated, always aiming to promote and restore patients' quality of life through the provision of a holistic treatment.

**KEYWORDS:** Fat grafting, Plastic Surgery, Liposarcoma

## 1 | INTRODUÇÃO

A fase atual do transplante autólogo de gordura (lipoenxertia) teve início em 1970, com Fischer (FRAGA, 2010). Com o contínuo progresso da técnica, no século passado, houve um aumento da tendência de substituição do volume de tecido mole com enxerto de gordura autóloga, nos dias atuais (YU et al., 2015). O uso de lipoenxertia para preenchimentos teve seu incremento após a lipoaspiração ter sido integrada ao arsenal da cirurgia plástica (JÚNIOR, 2008). O enxerto autólogo de tecido adiposo é aplicado para aumento de volume e para substituição de tecidos moles (FRAGA, 2010). Outras aplicações incluem injeção de gordura autóloga sob pele fibrótica, reparo de defeito dural, fechamento de fístula da próstata perineal, laringoplasia (YU et al., 2015) e para fins estéticos e reconstrutores pós-excisões cirúrgicas.

A gordura exibe qualidades desejáveis para utilização como material de preenchimento. É autóloga, biocompatível, está presente em quantidades suficientes como tecido doador, sendo de fácil obtenção e aplicação. O procedimento tem baixo

custo, é passível de repetição e quando necessário, existe a possibilidade de a gordura transplantada ser removida (FRAGA, 2010). A principal desvantagem é a imprevisível extensão de tecido adiposo reabsorvido no local, que reduz a eficácia clínica do procedimento e, frequentemente, necessita de reparação tardia. As taxas de absorção são variáveis, sugerindo que a sobrevivência da gordura depende de fatores como o local de coleta e, principalmente, manuseio do tecido gorduroso a ser utilizado como enxerto (ALENCAR et al., 2011).

Demarca-se a área doadora, a qual é infiltrada com solução anestésica até a pele atingir o estado túrgido e de vasoconstrição. Realiza-se a aspiração da gordura com seringa e cânula de dimensões variadas. Inicia-se, em seguida, a infiltração expansiva das áreas receptoras, a qual deve ser lenta e volumetricamente controlada. Sempre considera-se que o volume enxertado não deve ser injetado em grande volume, nem sob pressão ou hipercoagulado; é importante enxertar em vários planos; deve-se eliminar a presença de óleo e sangue dentro das seringas e não deve haver hematomas na área receptora. (JÚNIOR, 2008). Acredita-se, portanto, que os resultados são diretamente dependentes da técnica executada e da habilidade do cirurgião (YU et al., 2015).

## **2 | JUSTIFICATIVA**

O procedimento foi realizado na paciente L.F. para a reparação de sua silhueta, visto que sofreu grande deformação pós-ressecção neoplásica, gerando grande insatisfação em L.F. Além disso, deve-se lembrar que uma enfermidade como essa afeta o indivíduo não somente física, mas psicologicamente, envolvendo sua vontade de lutar contra a doença e sua auto estima durante e depois do tratamento farmacológico, radiológico ou cirúrgico. Assim, por ser uma paciente jovem, é extremamente importante que seja mantida a sua auto estima, a fim de garantir seu bem estar biopsicossocial.

## **3 | METODOLOGIA**

Foram utilizados dados secundários, obtidos em prontuário do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HCUFG) para elaboração do relato de caso. Não é necessária a aprovação pelo Comitê de Ética da instituição, visto que não foram utilizados dados primários, houve preservação da identidade do paciente e não houve possíveis danos ao mesmo. Para a base teórica, foram feitas buscas em bancos de dados virtuais, como SciELO e PUBMED.

## **4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Paciente L.F. feminina, 35 anos, foi diagnosticada com lipossarcoma em coxa direita, em 2013, sendo submetida à ressecção local. Após cerca de 6 meses, foi

encaminhada ao serviço de Cirurgia Plástica do HCUGF, onde foi realizado o primeiro lipoenxerto na região em busca de melhor contorno estético. Foi feita a infiltração de 400ml de tecido gorduroso extraído do abdome e das coxas, bilateralmente, por meio de lipoaspiração. Evoluiu com absorção do enxerto e conseqüente persistência da depressão local e da retração cicatricial. Dessa forma, foi necessária uma reabordagem com nova lipoenxertia local, após 7 meses do pós-operatório da primeira operação, evoluindo com melhora parcial da retração cicatricial, no pós-operatório.

A paciente permaneceu em acompanhamento ambulatorial com a equipe de Cirurgia Plástica do HCUGF e, após 1 ano e 7 meses da segunda operação, a paciente permanecia insatisfeita com a condição estética de sua perna, sendo realizada nova lipoenxertia em região cicatricial. Foi feita lipoenxertia de 420ml de tecido gorduroso em região anterolateral da coxa direita. O lipoenxerto foi retirado da região de flancos direito e esquerdo, região cranial de coxa direita e medial de coxa esquerda. No último retorno, realizado no 15º dia de pós-operatório, a paciente mostrou-se feliz com o resultado final da cirurgia, exibindo melhora da cicatriz em região de excisão de lipossarcoma, além de um contorno mais harmonioso de sua silhueta.

As cicatrizes são sinais visíveis que permanecem após uma ferida ser cicatrizada, sendo resultado inevitável de lesão ou cirurgia, podendo ser imprevisível o seu desenvolvimento. Suas opções de tratamento variam de acordo com o tipo e o grau de cicatrização e podem incluir tratamentos tópicos simples, procedimentos minimamente invasivos e revisão cirúrgica.

Outrossim, correção cicatricial é a cirurgia plástica realizada para melhorar a condição ou a aparência de uma cicatriz em qualquer parte do corpo. No caso da paciente L.F., a grande perda de tecido miofascial durante a ressecção do sarcoma resultou em uma cicatriz depressiva e com contratura. Devido a tais aspectos estéticos, o uso de tratamento tópico e procedimentos minimamente invasivos não seriam eficientes para correção. O enxerto autólogo de gordura é uma técnica cirúrgica que vem sendo utilizada nas reconstruções de cicatrizes decorrentes de ressecção de neoplasias, mais comumente o câncer mamário, mas também em quaisquer situações que visem a reparação de assimetrias.

A maior desvantagem desse procedimento é a reabsorção de gordura, que acontece na maioria das vezes. Estudos experimentais evidenciam que até 90% do transplante pode ser reabsorvido, enquanto clinicamente é em torno de 40% a 60%. Essa perda ocorre nos primeiros seis meses e a vascularização insuficiente é uma de suas principais causas.

## 5 | CONCLUSÕES

A cirurgia plástica torna-se, cada dia mais, uma área de atuação bastante ampla, que compreende um conjunto de procedimentos clínicos e cirúrgicos utilizados com a

finalidade de reparar e reconstruir partes do revestimento externo do corpo humano. A cirurgia plástica reparadora está associada à correção de deformações, sejam congênitas ou adquiridas, como é o caso de uma cicatriz profunda em membro inferior decorrente de ressecção neoplásica. A abordagem permite, portanto, a correção de um eventual desequilíbrio psicológico causado pela deformação, como a infelicidade da paciente em questão. Desse modo, o objetivo final é sempre promover melhor qualidade de vida para os pacientes, principalmente por se tratar de uma jovem, sendo extremamente importante que seja recuperada sua auto estima a fim de garantir seu bem estar biopsicossocial, através do oferecimento de um tratamento holístico.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, Júlio César Garcia de et al. **Lipoenxertia autóloga no tratamento da atrofia hemifacial progressiva (síndrome de Parry-Romberg): relato de caso e revisão da literatura.** An. Bras. Dermatol., [s.l.], v. 86, n. 4, p.85-88, ago. 2011.

BERSOU JÚNIOR, Aristóteles. **Lipoenxertia: técnica expansiva.** Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, v. 2, n. 23, p.89-97, fev. 2008.

FERREIRA, Marcus Castro. **Cirurgia Plástica Estética - Avaliação dos resultados.** Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. São Paulo v.15 nº1 p. 55-66 jan-abr. 2000.

FRAGA, Murillo Francisco Pires. **Integração do enxerto autólogo de tecido adiposo enriquecido com plasma rico em plaquetas - Estudo em coelhos.** 2010. 67 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2010.

YU, Nan-ze et al. **A Systemic Review of Autologous Fat Grafting Survival Rate and Related Severe Complications.** Chinese Medical Journal, Beijing, v. 128, n. 5, p.1245-1251, maio 2015.

## CONCURSO LANCHES SAUDÁVEIS, DE BAIXO CUSTO E PRÁTICOS PARA CANTINAS DE INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA

### **Maria Claret Costa Monteiro Hadler**

Universidade Federal de Goiás, Faculdade de  
Nutrição  
Goiânia - Goiás

### **Ariandeny Silva de Souza Furtado**

Instituto Federal de Educação de Goiás,  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do  
Servidor do IF Goiano e IFG  
Goiânia – Goiás

### **Maria Das Graças Freitas de Carvalho**

Universidade Federal de Goiás, Faculdade de  
Nutrição  
Goiânia - Goiás

**RESUMO:** No primeiro semestre do ano 2015 foi realizado o “Concurso lanches saudáveis, de baixo custo e práticos para cantinas de Instituições Federais de Ensino Superior em Goiás” pela Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Goiás (FANUT – UFG). A atividade contou com a parceria dos Subsistemas Integrados de Atenção à Saúde dos Servidores da UFG, do Instituto Federal de Goiás, e do Instituto Federal Goiano. O objetivo foi estimular a comercialização de lanches saudáveis a preços acessíveis na UFG, Instituto Federal de Goiás – IFG e - IF Goiano, enquanto estratégia de promoção da Alimentação Saudável. O concurso teve início com a fase de pré-seleção. Foram selecionadas

receitas que atendiam as exigências do edital. Posteriormente, houve a fase de planejamento e desenvolvimento com a participação do movimento estudantil, movimento sindical, servidoras/es, gestores, representante das cantinas institucionais, além da articulação com a rede pública e privada de ensino que oferecem os cursos de gastronomia, nutrição, e técnico em nutrição e dietética. As quatro duplas finalistas apresentaram lanches com valor nutricional, práticos e adequados para serem reproduzidos nas cantinas com um custo de preparação entre R\$0,75 a R\$1,16. O concurso foi uma experiência exitosa, que corroborou com a discussão institucional sobre Segurança Alimentar e Nutricional e evidenciou a alimentação saudável enquanto estratégia de promoção da saúde. Neste contexto, é importante potencializar no ambiente institucional ações intersetoriais, interdisciplinares e transversais que versem pela alimentação saudável, tornando o cardápio ofertado nas cantinas um fator de proteção à saúde e não de risco.

**PALAVRAS-CHAVE:** Promoção da saúde; Dieta saudável; Segurança alimentar e nutricional

**ABSTRACT:** In the first half of the year 2015 was held the “Healthy snacks, low-cost and practical for the canteens of Federal Institutions of Higher Education in the State of Goiás” Nutrition

School of the Federal University of Goiás (UFG-FANUT). The activity counted on the partnership of the Integrated Subsystems of Attention to the Health of the Public Servers of the UFG, of the Federal Institute of Goiás, and of the Federal Goiano Institute. The objective was to stimulate the marketing of healthy snacks at affordable prices in UFG, Federal Institute of Goiás-IFG and Federal Institute Goiano-IF Goiano, as a strategy to promote healthy eating. The competition began with the pre-selection phase. We selected recipes that met the requirements of the edict. Later, there was a planning and development phase with the participation of the student movement, trade union movement, servants, managers, representative of institutional canteens, as well as the articulation with the public and private educational network that offer the courses of gastronomy, nutrition, and nutrition and dietetics technician. The four finalists presented snacks with nutritional value, practical and suitable to be reproduced in canteens with a preparation cost between R \$ 0.75 and R \$ 1.16. The contest was a successful experience, which corroborated with the institutional discussion for food and nutritional security and showed healthy eating while health promotion strategy. In this context, it is important to strengthen in the institutional environment intersectoral, interdisciplinary and transversal actions that are related to healthy eating, making the menu offered in canteens a factor of protection to health and not risk.

**KEYWORDS:** Health Promotion; Healthy Diet; Food and Nutrition Security

## 1 | INTRODUÇÃO

As ações de alimentação e nutrição são cada vez mais visivelmente necessárias, visto que o atual perfil de morbimortalidade da população brasileira, no qual as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), representam a principal causa de morte no mundo, e a etiologia, por sua vez está diretamente relacionada com o padrão alimentar, o estado de nutrição e estilo de vida da população (ALWAN et al., 2009; MALTA; SILVA-JR, 2013).

A alimentação e o “estilo de vida ocidental contemporâneo” (WANDERLEY; FERREIRA, 2010; BARROS et al., 2013), caracterizado pela redução do esforço físico e padrão dietético marcado pelo elevado consumo de alimentos industrializados, ultraprocessados, ricos em açúcares, sódio, gordura saturada, em detrimento dos alimentos *in natura*, como frutas, legumes e verduras, fontes de vitaminas, minerais e fibras (BRASIL, 2012, 2013, 2014; MALTA; SILVA-JR, 2013; WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

Esse perfil evidencia o período de “transição alimentar e nutricional”, no qual ocorre um consumo mais elevado de alimentos industrializados, a redução das carências nutricionais na população adulta e aumento da prevalência do excesso de peso (sobrepeso e obesidade). A alimentação inadequada um dos principais fatores de risco que contribuem para a existência e permanência desse quadro (BARROS et al., 2013; ABRANDH, 2013; PORTILHO; CASTAÑEDA; CASTRO, 2011).

Como consequência desta transição, o aumento na prevalência das DCNT, que assim como no mundo, no Brasil é o agravo de saúde mais frequente e responsável pela maioria das entradas no sistema de saúde (BRASIL, 2006a) sendo que, em 2011, foram causa de 72% das mortes conhecidas no país e de 63% das mortes no mundo em 2008 (ALWAN et al., 2009; BRASIL, 2014; PORTILHO; CASTAÑEDA; CASTRO, 2011)

Para dar resposta a esse quadro as ações preconizadas pelas políticas públicas de saúde, abrangem a vigilância, promoção, proteção e manutenção da saúde, respeitando as singularidades loco-regionais, a identificação dos fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, além de potencializar a participação da comunidade na implantação de planos de intervenções que contribuam para a promoção da saúde (ALWAN et al., 2009; BRASIL, 2014; MALTA; SILVA-JR, 2013).

A alimentação e a nutrição enquanto eixos básicos para a promoção e a proteção da saúde, são fatores condicionantes e determinantes do estado de saúde do indivíduo, além de serem responsáveis pelo crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (GABRIEL et al., 2010; PEDROSO, 2010).

No contexto de cidadania e alimentação, a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é definida, em sua Lei Orgânica nº 11.346, como a realização do direito de todos ao acesso regular, permanente e sustentável a alimentos em quantidade e qualidade suficiente e que não comprometa o acesso a outros serviços básicos, como educação, saneamento básico, moradia, saúde, entre outros. Além disso, e não menos importante, a SAN prevê que as práticas alimentares devem respeitar a diversidade cultural e social da população (ALVES; JAIME, 2014).

A não garantia de SAN predispõe à Insegurança Alimentar e Nutricional (InSAN). Esta possui duas faces, a primeira referente à restrição alimentar repercutida na forma de desnutrição e deficiências nutricionais, que inclusive, tem decrescido entre as populações. Enquanto a outra face é consequência não da restrição, mas do consumo inadequado de alimentos no que se refere à variedade e qualidade nutricional. E esse segundo quadro de InSAN, associado ao estilo de vida moderno ocidental são considerados fatores importantes para a permanência do atual perfil epidemiológico da população (ALVES; JAIME, 2014; GABRIEL et al., 2010).

Assim, uma proposta que estimule a alimentação saudável e adequada, como estratégia para a promoção da saúde e garantia de SAN, há de propor mudanças no comportamento alimentar possibilitando em âmbito individual e coletivo escolhas alimentares mais saudáveis, que além de serem representações sócio-históricas e culturais de vida e vinculam ao processo saúde-doença-cuidado (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004).

De acordo com as diretrizes da alimentação saudável, a alimentação deve apresentar adequação conforme o ciclo de vida, quantidade energética, qualidade nutricional, variedade, condição higiênico sanitária, características organolépticas, respeito à cultura alimentar, acessibilidade física e financeira, além de ser sustentável

do ponto de vista socioeconômico e ambiental características fundamentais na construção da SAN (ALWAN et al., 2009; GABRIEL et al., 2010; KANG et al., 2015; MALTA; SILVA-JR, 2013).

A promoção da SAN deve ser trabalhada de forma transversal entre as diferentes esferas do governo e da sociedade civil, alcançando o caráter intersetorial, na regulamentação, informação, comunicação e capacitação de profissionais.

A implementação de ações de promoção da saúde pelo incentivo à alimentação saudável, acessível e sustentável, se constitui como estratégia para o enfrentamento da complexidade da situação de InSAN e sua relação com o perfil epidemiológico da população brasileira, em âmbito individual e coletivo.

Nesse contexto, os objetivos institucionais e sociais das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) devem perpassar pela atuação intersetorial para que seja efetuado o seu papel em proteger, promover e prover, de forma transversal, democrática e participativa a saúde tendo o incentivo à alimentação saudável como estratégia da SAN. E isso ainda possibilita conhecer, analisar, monitorar e avaliar os fatores de risco e de proteção a saúde no ambiente institucional, subsidiando a implementação de ações interventivas.

Esse trabalho apresenta enquanto ação interventiva a experiência exitosa do concurso “lanches saudáveis, de baixo custo e práticos para as cantinas institucionais” tendo como objetivo estimular a comercialização de cardápio mais saudável e acessível financeiramente as/os estudantes e servidoras/es da Universidade Federal de Goiás - UFG, Instituto Federal de Goiás – IFG e Instituto Federal Goiano - IF Goiano, como estratégia de promoção da SAN.

## 2 | METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência sobre prática de ensino durante a formação acadêmica em nutrição.

No primeiro semestre de 2015, os/as discentes da FANUT/UFG, cursantes da disciplina Educação Nutricional II, sob a supervisão da docente/coordenadora da disciplina, em diálogo com as nutricionistas da Pró-Reitoria de Assuntos da Comunidade Universitária da Universidade Federal de Goiás (PROCOM/UFG) e do SIASS IF Goiano/IFG, analisaram criticamente o processo de licitação das cantinas institucionais, o valor nutricional e o custo do cardápio ofertado.

Como conclusão desse processo, evidenciou-se a necessidade de desenvolver ações institucionais de forma compartilhada e participativa com a comunidade acadêmica, objetivando viabilizar opções mais saudáveis, práticas e economicamente acessíveis para compor o cardápio das cantinas.

Com base no tripé acadêmico da pesquisa-ensino-extensão, foi realizada uma pesquisa de opinião via internet que teve como objetivo avaliar a qualidade dos

lanches servidos na UFG e no Instituto Federal de Goiás – IFG no município de Goiânia. Para a divulgação houve a parceria do Centro Acadêmico/NUTRIÇÃO/UFG; Diretório Central dos Estudantes/UFG; Grêmio Estudantil do IFG/Campus Goiânia; Sindicato dos Docentes da Universidade Federal de Goiás (ADUFG); Sindicato dos Trabalhadores Técnico-Administrativos em Educação (SINT-IFESgo); Sindicato dos Trabalhadores em Instituições Federais de Educação Profissional e Tecnológica no Município de Goiânia (SINTEF- GO); Pró-Reitoria de Assuntos da Comunidade Universitária (PROCOM/UFG).

Os dados parciais demonstraram que 61,3% das/os alunas/os e servidoras/es consideram o lanche caro e 5,1% inacessível. A pesquisa faz parte do estudo intitulado: “Ambiente Virtual como Ferramenta de Promoção da Educação Alimentar e Nutricional” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFG - CEP, parecer nº 430.981 em 21/10/2013.

Como intervenção, foi proposto o “Concurso lanches saudáveis, de baixo custo e práticos para cantinas de Instituições Federais de Ensino Superior de Goiás” pela FANUT/UFG em parceria com o SIASS/UFG e SIASS IF Goiano/IFG com o propósito de estimular a comercialização de lanches saudáveis e a preços baixos para as/os estudantes e servidoras/es da UFG e dos Institutos Federais de Goiás (IFG e IF Goiano), como estratégia de promoção da alimentação saudável.

No processo de planejamento e desenvolvimento do concurso, houve a participação do movimento estudantil, movimento sindical, docentes, servidoras/es técnica/o-administrativas/os, gestoras/es, representante das cantinas institucionais, além da articulação com a rede privada e pública que ofertam os cursos de gastronomia, nutrição, engenharia de alimentos, técnico em nutrição e dietética.

O concurso foi desenvolvido em 3 etapas: na 1º houve o planejamento, busca por patrocínio, apoio intersetorial, e elaboração do regulamento (anexo), no qual as receitas deveriam ser inscritas por duplas de estudantes de graduação em nutrição, gastronomia, engenharia de alimentos e curso técnico de Nutrição e Dietética.

As receitas deveriam contemplar os requisitos de valor nutricional para um lanche saudável, não ultrapassando 15% do Valor Energético Total (VET) total diário preconizado em 2.000 kcal; custo dos gêneros alimentícios por porção de até R\$1,20 e custo final de comercialização de até R\$2,00; e serem práticos de fabricar para que possam ser oferecidos nas cantinas institucionais.

A 2º etapa foi a de divulgação que contou com apoio dos movimentos sindicais: SINT-IFESgo, Adufg e Diretoria de Recursos Humanos/UFG, SIASS/UFG e SIASS IF Goiano/Goiás incentivando a participação das/os servidoras/es e publicizando nas redes sociais e e-mails.

A Pró-Reitoria de Graduação (PROGRAD/UFG); o DCE/UFG; o CA/FANUT e as/os discentes da disciplina de EN II foram as/os responsáveis por potencializar a divulgação para a comunidade acadêmica por e-mail, cartazes virtuais e impressos, folders, facebook da Pós-Graduação em Nutrição e Saúde da FANUT/UFG, e sites

institucionais. Foi também divulgado na RedeNutri, e no facebook do Centro Acadêmico de Nutrição da Unisinos.

Para participar da pré-seleção as/os candidatas/os elaboraram uma receita, a qual exigiu-se que estivesse em acordo com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014), além disso, a preparação deveria apresentar custo máximo para venda de R\$2,00 e custo máximo para aquisição dos gêneros alimentícios para a receita de R\$1,20.

As/os participantes foram pré-selecionadas/os por um Júri Técnico, composto por: nutricionista/docente e técnica em nutrição e dietética da FANUT/UFG; representante do DCE/UFG; nutricionista da PROCOM/UFG; gastrônoma, professora e Coordenadora do Curso Superior de Tecnologia em Gastronomia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/Goiás); nutricionista/docente do IFG e prestador de serviço de lanchonete institucional da UFG.

A última etapa consistiu na execução do concurso enquanto evento, que foi realizado no dia 28 de maio (2015), no Laboratório de Técnica Dietética da FANUT/UFG e no Auditório das Faculdades de Enfermagem e Nutrição da UFG, conforme programação:

14-16h - Preparo dos Lanches pelas duplas no Laboratório de Técnica e Dietética da FANUT/UFG e apresentação das receitas homologadas na pré-seleção.

16-17:30h - Degustação e avaliação das receitas pela Banca Julgadora.

17:30-18h - Intervalo com degustação e sorteio de brindes e avaliação das receitas pela Banca Examinadora.

18h - Resultado final e premiação.

Os itens alimentícios para o preparo da receita deveriam ser adquiridos pelos/as estudantes. Os itens de cozinha como utensílios e equipamentos foram disponibilizados pela FANUT/UFG. Os patrocinadores ofereceram premiação em dinheiro para a dupla vencedora, além de diversos kits de produtos para as duplas que ficaram em 2º e 3º lugares bem como para a comunidade universitária convidada a prestigiar o evento.

A avaliação final foi por pontuação e os atributos considerados foram: criatividade; aparência, originalidade, valor nutricional, uso de alimentos de baixo custo.

### **3 | RESULTADOS**

Foram 8 inscrições no total, sendo as receitas pré-selecionados, conforme as especificidades do regulamento, pela Banca de Pré-seleção, composta por docentes da FANUT/UFG, nutricionista do SIASS IF Goiano/IFG, representante do Centro Acadêmico de Nutrição da FANUT e discentes da Comissão Organizadora. Destas 8 inscritas, 4 foram homologadas no dia 25 de maio (2015), oriundas das discentes FANUT/UFG e dos Cursos de Tecnologia em Gastronomia e de Nutrição PUC/GOIÁS sendo os seguintes: Bolo Integral de Maçã, Tortinha Colorida, “Sanduba 3B (Bom,

Bonito e Barato) ” e Rolinho de Panqueca de Frango.

No concurso realizado a classificação final dos lanches homologados, os prêmios concedidos e o valor nutricional das preparações foram:

*1º Lugar (Receita Bolo Integral de Maçã)* - Certificado de premiação + R\$700,00 + kit de produtos dos patrocinadores. Valor energético total (VET): 304 kcal por porção, custo por porção R\$0,75.

*2º Lugar (Receita Tortinha Colorida)* - Certificado de premiação + kit de produtos dos patrocinadores. Valor energético total (VET): 165 kcal por porção, custo por porção R\$0,86.

*3º Lugar (Receita Rolinho de Panqueca de Frango)* - Certificado de premiação + kit de produtos dos patrocinadores. Valor energético total (VET): 294 kcal por porção, custo por porção R\$1,16.

*4º Lugar (Receita Sanduba 3B)* – Menção Honrosa + kit de produtos dos patrocinadores. Valor energético total (VET): 193 kcal por porção, custo por porção R\$0,81.

## 4 | DISCUSSÃO

Há na literatura científica uma lacuna em estudos que evidenciem intervenções com práticas alimentares saudáveis em lanchonetes institucionais nas IFES no Brasil. Por outro lado, há evidências de que um cardápio saudável nas lanchonetes da educação básica se constitui um fator de promoção da alimentação saudável, contribui para a Segurança Alimentar e Nutricional, a efetivação do Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA) e na redução da prevalência do excesso de peso e obesidade (ALVES; JAIME, 2014; LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004).

Uma proposta de alimentação saudável para redução do excesso de peso e as DCNT deve garantir o acesso financeiro a alimentos saudáveis pela comunidade e o aumento do consumo de alimentos com valor nutricional adequado (D’AVILA et al., 2015; SICHIERI et al., 2000).

O concurso considerou esses aspectos, na medida que apresentou no edital enquanto pré-requisito para as receitas, o valor nutricional para um lanche saudável, não ultrapassando 15% do Valor Energético Total (VET) total diário preconizado em 2.000 kcal; custo dos gêneros alimentícios por porção de até R\$1,20 e custo final de comercialização de até R\$2,00; e serem práticos de fabricar para que possam ser oferecidos nas cantinas institucionais.

Nas lanchonetes escolares, o consumo de alimentos de baixo valor nutricional é elevado, mesmo com atos normativos que regulamentam os alimentos a serem vendidos e com estímulo a implementação das diretrizes da alimentação saudável para o ambiente escolar (GABRIEL et al., 2010; KRAMER-ATWOOD et al., 2002; NAGO et al., 2014; SCHMITZ et al., 2008).

Estudos recentes apontam que a alimentação fora do domicílio, cada vez mais

comum devido à urbanização, está associada ao risco para sobrepeso e obesidade. Isso porque é observado um aumento substancial na ingestão calórica diária quando as refeições são realizadas fora do lar (NAGO et al., 2010; NIELSEN; SIEGA-RIZ; POPKIN, 2002).

O que evidencia a importância da Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para estimular a autonomia em escolhas alimentares mais saudáveis que articulada com a oferta de lanches práticos, saudáveis e de baixo custo nas lanchonetes institucionais podem contribuir com a implementação de ações que versem pela alimentação saudável e a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (ABRANDH, 2013; BRASIL, 2014, 2012; NAGO et al., 2014).

Uma das diretrizes da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional é a instituição de processos permanentes de educação alimentar e nutricional (ALVES; JAIME, 2014; BRASIL, 2006a, 2006b). A SAN abrange a promoção da saúde, da nutrição e da alimentação adequada da população, também a comercialização e consumo de alimentos de acordo com as características culturais (ABRANDH, 2013; BRASIL, 2006a).

O Estado Brasileiro, através dos seus órgãos, é responsável pela criação de políticas públicas e participativas que garantam a sua implementação. E é nesse aspecto que a EAN se articula, enquanto campo de conhecimento e prática contínua de hábitos alimentares saudáveis e sustentáveis por meio de estratégias interdisciplinares que potencializam a autonomia das pessoas (BRASIL, 2006a, 2006b, 2013a), sob o enfoque da integralidade, humanização, articulação de saberes técnicos e populares, ética e intersectorialidade (ALVES; JAIME, 2014; WHO/FAO, 1998).

Sob este enfoque, o concurso foi desenvolvido de forma intersectorial possibilitando encaminhamentos resolutivos, na sugestão de inserir no cardápio lanches nutricionalmente equilibrados, considerando as especificidades das cantinas institucionais.

O concurso contou com a participação de diversas/os atoras/es sendo planejado e desenvolvido de forma compartilhada e participativa com as/os discentes, gestores/as, servidoras/es, nutricionistas, movimento sindical e estudantil e representante da lanchonete, dentro do tripé acadêmico da pesquisa, ensino e extensão; de forma intersectorial e interdisciplinar. Dessa forma, foi possível avançar no diálogo sobre a corresponsabilidade e cogestão para a promoção da saúde com ênfase na alimentação saudável, no ambiente institucional.

Há propositura nacional e internacional para que sejam criadas dinâmicas locais intersectoriais que problematize e discuta estratégias contínuas e integradas, com a participação da sociedade civil, das universidades, dos serviços e da imprensa (BRASIL, 2014; SICHIERI et al., 2000) para que juntas/os assumam a corresponsabilidade na implementação das políticas públicas em alimentação saudável e na regulamentação de alimentos ofertados em cantinas institucionais.

A cantina institucional pode ser um espaço saudável quando há o comprometimento

em desenvolver um cardápio com opções saudáveis e com qualidade nutricional, higiênico-sanitária e que respeitem o prazer e a identidade cultural (BRASIL, 2014, 2012). E para a realização do DHAA e da SAN é fundamental o processo educativo e o planejamento compartilhado com a comunidade institucional dentro de uma perspectiva da promoção da alimentação saudável (ABRANDH, 2013; BRASIL, 2006a).

A discussão que a atividade do concurso promoveu corresponde às propostas do Guia Alimentar para a população brasileira: o respeito e a valorização de hábitos saudáveis, com incentivo ao consumo de alimentos *in natura* e a redução do consumo de alimentos de baixo valor nutricional e altas quantidades de açúcares, sal e gorduras bem como os alimentos industrializados (BRASIL, 2014).

O que é reforçado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que ressalta que as recomendações devem basear-se em alimentos mais do que em nutrientes (WHO/FAO, 1998), sendo evidenciado no concurso, onde na etapa da pré-seleção as/os candidatas/os deveriam elaborar uma receita, a qual exigiu-se que estivesse em acordo com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira.

A disciplina de Educação Nutricional II, FANUT/UFG, busca ressaltar a qualificação das/os discentes para o desenvolvimento das atividades de EAN de forma problematizadora e sociointeracionista, conforme uma das metodologias inovadoras propostas no Projeto Político Pedagógico do Curso de Nutrição – UFG (BRASIL, 2013b).

O concurso possibilitou contemplar a EAN enquanto instrumento pedagógico na valorização da identidade alimentar loco-regional, com utilização de alimentos regionais e sazonais; a oferta de receitas que corresponda às necessidades nutricionais, com a inserção de alimentos de baixo custo e alto valor nutricional; a Segurança Sanitária dos alimentos/refeições e a Vigilância Alimentar e Nutricional, ambas interligadas pela SAN (ABRANDH, 2013; BRASIL, 2006a, 2014, 2012).

A atividade também contribuiu com o ensino, uma vez que foi idealizada dentro da disciplina de Educação Nutricional II e oportunizou as/os discentes aplicarem na prática alguns objetivos específicos apresentados na Ementa dessa Disciplina.

As etapas de planejamento e execução oportunizaram o trabalho com diferentes grupos como servidoras/es, movimento sindical e estudantil, patrocinadoras/es, gestoras/es e nutricionistas. Já o processo de avaliação das fichas técnicas dos concorrentes permitiu a prática de temas discutidos em aula como o aproveitamento integral dos alimentos e sustentabilidade econômica, cultural, social e ambiental. Respeitaram e valorizaram os hábitos alimentares na seleção das receitas e elaboraram cartaz e folder de divulgação do evento.

Ou seja, o concurso contribuiu com a formação das/os discentes da disciplina de ENII que participaram em todas as etapas do concurso inclusive na banca julgadora e no protagonismo das/os que se inscreveram no concurso, por serem idealizadoras/es das receitas de modo a tecer olhar crítico e reflexivo.

Além disso, estimulou a autonomia frente ao desafio de propor para a cantina

institucional um lanche prático, de baixo custo, com adequado valor nutricional e que correspondesse as diretrizes brasileiras para alimentação saudável, as normas higiênicas sanitárias em Serviços de Alimentação e na elaboração da Ficha Técnica de Preparo; o que evidencia o concurso enquanto estratégia de EAN.

Os alunos se beneficiaram por aprender a organizar eventos, a trabalhar em equipe e pelo estímulo ao fornecimento de lanches mais saudáveis e acessíveis nas cantinas institucionais.

Possibilitou o vislumbre de diversas perspectivas como: o estímulo à comercialização de lanches saudáveis e de baixo custo para as/os estudantes e servidoras/es das IFES, através da inserção das quatro receitas finalistas no cardápio das lanchonetes institucionais; a de novas edições do concurso como atividade avaliativa dentro da disciplina de EN II, para ampliar o número de opções de lanches a serem adotados.

Alguns encaminhamentos foram realizados: a inserção, no processo licitatório e contrato, das quatro receitas de lanches no cardápio ofertado pelas lanchonetes institucionais das empresas responsáveis pela alimentação nas IFES; a realização de uma oficina com as duplas selecionadas para maior adequação das receitas à realidade das cantinas e a publicação de material educativo com as receitas premiadas.

O concurso apresentou os pilares da sustentabilidade: a econômica (baixo custo); a ecológica (priorizou alimentos *in natura*, sazonais, de baixo custo, regionais); social (planejamento e execução das etapas do concurso de forma compartilhada e participativa com o movimento estudantil, sindical, estudantes e servidoras/es), cultural (valorização e resgate da identidade alimentar, transcendendo a dimensão biológica da alimentação) e política (por problematizar a alimentação ofertada no ambiente institucional e sua intersecção com as políticas de permanência estudantil e a SAN) (ABRANDH, 2013; ALVES; JAIME, 2014; BRASIL, 2006b).

O principal obstáculo encontrado para a realização da ação foi a carência de recursos financeiros institucionais para operacionalizar o concurso; greve das/os técnicas/os-administrativas/os; poucas inscrições em decorrência da dificuldade técnica das/os discentes em elaborar a Ficha Técnica, o que leva a refletir o quão desafiante é atingir as habilidades e competências no ensino-aprendizagem.

Uma das fraquezas identificadas foi a exigência de ficha técnica que pode ter sido um fator limitante à participação de estudantes de outras áreas como engenharia de alimentos e técnicos em nutrição e dietética e por fim a necessidade de maior tempo na organização e divulgação do concurso para permitir a participação de estudantes de outras cidades e estados.

## 5 | CONCLUSÃO

O concurso foi uma experiência exitosa, o que corroborou com a discussão institucional no ensino-pesquisa-extensão em prol da SAN, de modo a evidenciar

o “Concurso lanches saudáveis como estratégia para a promoção da alimentação saudável em cantinas de Instituições de Ensino Superior” uma estratégia que potencializou a formação crítica e qualificação no desenvolvimento de atividades práticas das/os discentes e na efetivação de políticas públicas e atos normativos vigentes que versam pela alimentação saudável e a EAN.

A atividade evidenciou a necessidade de potencializar, no ambiente institucional, ações intersetoriais e interdisciplinares para promoção da alimentação saudável, tornando o cardápio ofertado nas cantinas um fator de proteção à saúde e não de risco.

## REFERÊNCIAS

ABRANDH. **O Direito Humano à Alimentação Adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília: ABRANDH, 2013. 263 p.

ALVES, K. P. DE S.; JAIME, P. C. A Política Nacional de alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança alimentar e Nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4331–4340, 2014.

ALWAN, A. et al. Chronic Diseases : Chronic Diseases and Development 5 Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases : progress and capacity in high-burden countries. **The Lancet**, v. 376, n. 9755, p. 1861–1868, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2006a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm). Acesso em: 24 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.010, de 08 de maio de 2006**. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Brasília, DF: MS, 2006b. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2006/pri1010\\_08\\_05\\_2006.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2006/pri1010_08_05_2006.html). Acesso em: 23 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84p.

BRASIL. **Resolução CEPEC Nº 1228**. Aprova o Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Nutrição, grau acadêmico Bacharelado, modalidade Presencial, da Faculdade de Nutrição, para os alunos ingressos a partir de 2009. Goiânia, GO: UFG, 2013b. Disponível em: [https://fanut.ufg.br/up/128/o/Resolucao\\_CEPEC\\_2013\\_1228.pdf](https://fanut.ufg.br/up/128/o/Resolucao_CEPEC_2013_1228.pdf). Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas públicas**. Brasília, DF: MDS, 2012. 68 p.

D’AVILA, G. L. et al. Associação entre estado nutricional da mãe e a frequência, local e companhia durante as refeições com o sobrepeso/obesidade de adolescentes da cidade de Florianópolis, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 3, p. 289–299, 2015.

GABRIEL, C. G. et al. Cantinas escolares de Florianópolis : existência e produtos comercializados and

foods for sale after the institution of the law of regulation. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 2, p. 191–199, 2010.

KANG, S. H. et al. Inflammatory fibroid polyp in the jejunum causing small bowel intussusception. **Annals of Coloproctology**, v. 31, n. 3, p. 106–109, 2015.

KRAMER-ATWOOD, J. L. et al. **Fostering healthy food consumption in schools: Focusing on the challenges of competitive foods** *Journal of the American Dietetic Association*, 2002.

LOBSTEIN, T.; BAUR, L.; UAUY, R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. **Obesity Reviews**, v. 5, n. s1, p. 4–85, 2004.

MALTA, D. C.; SILVA-JR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025 : uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 151–164, 2013.

NAGO, E. S. et al. Food, energy and macronutrient contribution of out-of-home foods in school-going adolescents in Cotonou, Benin. **British Journal of Nutrition**, v. 103, n. 2, p. 281–288, 2010.

NAGO, E. S. et al. Association of Out-of-Home Eating with Anthropometric Changes: A Systematic Review of Prospective Studies. **Critical Reviews in Food Science and Nutrition**, v. 54, n. 9, p. 1103–1116, 2014.

NIELSEN, S. J.; SIEGA-RIZ, A. M.; POPKIN, B. M. Trends in energy intake in U.S. between 1977 and 1996: Similar shifts seen across age groups. **Obesity Research**, v. 10, n. 5, p. 370–378, 2002.

PEDROSO, M. R. O. **Sistema De Vigilância Alimentar E Nutricional (Sisvan): Uma Revisão Na América Latina e Brasil**. Monografia (Graduação em Nutrição) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PORTILHO, F.; CASTAÑEDA, M.; CASTRO, I. R. R. DE. A alimentação no contexto contemporâneo: consumo, ação política e sustentabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 99–106, 2011.

SCHMITZ, B. A. S. et al. Promotion of healthy eating habits by schools: a methodological proposal for training courses for educators and school cafeteria owners. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, suppl 2, p. s312–s322, 2008.

SICHIERI, R. et al. Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 44, n. 3, p. 227–232, 2000.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. Obesidade : uma perspectiva plural. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 185–194, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Food and Agriculture Organization. **Preparation and use of food-based dietary guideline**. Geneva: WHO, 1998. 116 p.

## EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL: DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS PARA OS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS PELOS PRÉ- ESCOLARES DE COMUNIDADES NO INTERIOR DO CEARÁ

### **Ana Paula Apolinário da Silva**

Unifanor- Centro Unifanor Wyden, Nutrição,  
Fortaleza- CE

### **Luciana Freitas de Oliveira**

Unifanor- Centro Unifanor Wyden, Nutrição,  
Fortaleza- CE

### **João Xavier da Silva Neto**

Universidade Federal do Ceará, Centro de  
Ciências, Departamento de Bioquímica e Biologia  
Molecular, Fortaleza- CE

### **Ana Paula Moreira Bezerra**

Centro Universitário UniFanor Wyden, Nutrição,  
Fortaleza- CE.

### **Karina Pedroza de Oliveira**

Universidade Estadual do Ceará, Mestrado  
Profissional de Saúde da Criança e do  
Adolescente, Fortaleza- CE

### **Maressa Santos Ferreira**

Instituto Federal do Ceará, Nutrição, Limoeiro do  
Norte-CE

### **Luiz Francisco Wemmenson Gonçalves Moura**

Universidade Estadual do Ceará, Centro de  
Educação, Ciências e Tecnologia da Região dos  
Inhamuns-CECITEC, Fortaleza, CE

### **Eva Gomes Morais**

Universidade Federal do Ceará, Departamento  
de Bioquímica e Biologia Molecular, Fortaleza –  
Ceará

### **Larissa Alves Lopes**

Universidade Federal do Ceará, Departamento  
de Bioquímica e Biologia Molecular, Fortaleza –  
Ceará

### **Marina Gabrielle Guimarães de Almeida**

Universidade Federal do Ceará, Departamento  
de Bioquímica e Biologia Molecular, Fortaleza –  
Ceará

### **Tiago Deiveson Pereira Lopes**

Universidade Federal do Ceará, Departamento  
de Bioquímica e Biologia Molecular, Fortaleza –  
Ceará

### **Camila Pinheiro Pereira**

Universidade Estadual do Ceará, Programa de  
Doutorado em Biotecnologia – Rede Nordeste de  
Biotecnologia (RENORBIO), Fortaleza- CE

**RESUMO:** A fase pré-escolar compreende a faixa etária de 2 a 6 anos de idade. Esse período é marcado pelo processo de maturação biológica, caracterizado pelo menor ritmo de crescimento se comparado ao primeiro ano de vida, e a redução ou irregularidade do apetite, além de mudanças e maior autonomia nas escolhas alimentares. Geralmente, os pais apresentam dificuldades em lidar com essas alterações e, com isso, necessitam de esclarecimentos que possibilitem ajustes a tais mudanças. Para tanto, a educação nutricional é uma importante ferramenta por contemplar o indivíduo em todos os aspectos em que está inserido, sendo um instrumento utilizado no enfrentamento de situações adversas à saúde, auxiliando na formação de práticas

alimentares mais saudáveis. Este trabalho objetivou promover ações educativas com pais ou responsáveis de pré-escolares em comunidades no interior do Ceará. As atividades salientaram a importância da alimentação saudável e a promoção de bons hábitos alimentares na infância. Inicialmente, foi realizado um diagnóstico situacional a partir de um questionário referente ao perfil socioeconômico e questões que contemplam as principais dificuldades alimentares da criança. As atividades educativas foram elaboradas de acordo com o diagnóstico obtido. Posteriormente, foi avaliada a contribuição da educação nutricional, através de uma atividade avaliativa. A amostra do estudo, compreendeu crianças expostas à riscos socioeconômicos e, conseqüentemente, alimentares. Diante disso, a educação nutricional foi utilizada como estratégia para promoção de bons hábitos alimentares, constituindo fator fundamental na prevenção de inadequações no estado nutricional e suas conseqüências na saúde atual da criança e em fases posteriores.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pré-escolar. Educação alimentar e nutricional. Hábitos alimentares.

**ABSTRACT:** The pre-school phase comprises the age group from 2 to 6 years of age. This period is marked by the biological maturation process, characterized by the lower growth rate when compared to the first year of life, and the reduction or irregularity of appetite, besides changes and greater autonomy in the food choices. Generally, parents have difficulty coping with these changes and, therefore, need clarification to make adjustments to such changes. To that end, nutritional education is an important tool to contemplate the individual in all the aspects in which it is inserted, being an instrument used in the confrontation of adverse health situations, helping in the formation of healthier alimentary practices. This work aimed to promote educational actions with parents or guardians of preschoolers in communities in the countryside of Ceará. The activities emphasized the importance of healthy eating and the promotion of good eating habits in childhood. Initially, a situational diagnosis was made based on a questionnaire regarding the socioeconomic profile and issues that consider the main alimentary difficulties of the child. The educational activities were elaborated according to the diagnosis obtained. Subsequently, the contribution of nutritional education was evaluated through an evaluative activity. The study sample comprised children exposed to socioeconomic and, consequently, food risks. Therefore, nutritional education was used as a strategy to promote good eating habits, constituting a fundamental factor in the prevention of inadequacies in nutritional status and its consequences in the child's current health and in later phases.

**KEYWORDS:** Preschool. Nutritional and Food Education. Food Habits.

## 1 | INTRODUÇÃO

Segundo Martins (2008), denomina-se pré-escolar, crianças na faixa etária entre 2 e 6 anos. Essa fase apresenta características específicas relacionadas

ao menor ritmo de crescimento se comparado ao primeiro ano de vida, ocorrendo situação semelhante com a massa corporal. Além do desenvolvimento e alterações no comportamento alimentar, onde a nutrição desempenha papel decisivo, para o qual contribuem fundamentalmente, o meio familiar e comunitário em que vivem e complementarmente, as instituições que os assistem.

Segundo Vitolo (2011), a formação dos hábitos alimentares ocorre de forma mais significativa na infância. Inicia-se com a bagagem genética e vai sofrendo diversas influências do meio ambiente, tais como: tipo de aleitamento recebido; introdução da alimentação complementar; experiências positivas e negativas quanto à alimentação; hábitos familiares; condições socioeconômicas, entre outros. Assim, ações de intervenção nutricional que promovam práticas de alimentação saudáveis, contribuem de forma significativa para prevenção de doenças relacionadas à alimentação como, por exemplo, o surgimento de Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (LIDEN, 2011).

O pré-escolar além de ser biologicamente vulnerável, constitui um dos grupos populacionais que mais necessitam de atendimento. Da mesma forma, os pais diante das importantes mudanças de comportamento e desenvolvimento relacionadas à alimentação, muitas vezes não possuem o conhecimento de como lidar com todas as alterações ocorridas na fase. Portanto, as atividades de educação em saúde, direcionadas ao binômio materno-infantil, dentro de uma proposta pedagógica de ensino baseada na situação concreta de vida, desempenham papéis de grande importância para o enfrentamento de situações adversas, podendo auxiliar na formação de práticas alimentares mais saudáveis, sobretudo quando realizadas em grupo (PEDRAZA, 2017).

O conceito de educação alimentar e nutricional envolve o conjunto de estratégias que promovem saúde, por meio de ações educativas, políticas e programas, que direcionem sua abordagem, com o objetivo de intervir e contribuir na formação de práticas alimentares mais saudáveis (SANTOS 2005).

A história e o papel da educação alimentar e nutricional estão vinculados às políticas de alimentação e nutrição. A educação nutricional, que surgiu na década de 1940 estreitamente ligada às campanhas de alimentação, tornou-se um dos pilares das políticas públicas de alimentação e nutrição (DIEZ-GARCIA; CERVATO-MANCUSO, 2011).

A implementação das ações em educação nutricional em serviços de saúde pode contribuir para viabilizar mudanças alimentares, atuando como uma importante ferramenta para prevenção e o controle de doenças relacionadas à alimentação. É nesse contexto que a alimentação colocada como uma das estratégias de promoção da saúde emerge a concepção de promoção das práticas alimentares saudáveis. (CUPPARI; AVESANI; KAMIMURA, 2014).

## 2 | METODOLOGIA

A educação nutricional foi aplicada aos pais e/ou responsáveis pelos pré-escolares residentes de comunidades do interior do Ceará, com o objetivo principal de salientar a importância da alimentação saudável e promover adoção de bons hábitos alimentares ainda na infância, destacando a relevância para a manutenção do estado nutricional adequado. As atividades propostas aconteceram como descrito adiante.

O diagnóstico situacional foi realizado por meio de um questionário referente ao perfil socioeconômico e acerca das principais dificuldades alimentares da criança, o que possibilitou conhecer o público a qual seria destinada às atividades educativas e direcioná-las de maneira adequada para a realidade dos mesmos (QUADRO 1).

<p><b>1. Qual é o seu estado civil:</b> ( ) solteiro a) ( ) casado(a) ( ) viúvo(a) ( ) separado(a)</p> <p><b>2. Quantas pessoas moram em sua casa:</b> ( ) 2 a 4 ( ) 5 a 7 ( ) 7 a 9 ( ) mais de 9</p> <p><b>3. Qual a renda mensal da família (soma dos salários de todos que trabalham):</b> ( ) menos de 1 salário mínimo ( ) 1 salário mínimo ( ) 2 a 3 salários mínimos ( ) 4 a 5 salários mínimos</p> <p><b>4. Assinale sua escolaridade e a do seu cônjuge:</b></p> <table><tr><td>Analfabeto</td><td>( ) pai ( ) mãe</td></tr><tr><td>Ensino fundamental incompleto</td><td>( ) pai ( ) mãe</td></tr><tr><td>Ensino fundamental completo</td><td>( ) pai ( ) mãe</td></tr><tr><td>Ensino médio incompleto</td><td>( ) pai ( ) mãe</td></tr><tr><td>Ensino médio completo</td><td>( ) pai ( ) mãe</td></tr><tr><td>Superior incompleto</td><td>( ) pai ( ) mãe</td></tr><tr><td>Superior completo</td><td>( ) pai ( ) mãe</td></tr></table>	Analfabeto	( ) pai ( ) mãe	Ensino fundamental incompleto	( ) pai ( ) mãe	Ensino fundamental completo	( ) pai ( ) mãe	Ensino médio incompleto	( ) pai ( ) mãe	Ensino médio completo	( ) pai ( ) mãe	Superior incompleto	( ) pai ( ) mãe	Superior completo	( ) pai ( ) mãe
Analfabeto	( ) pai ( ) mãe													
Ensino fundamental incompleto	( ) pai ( ) mãe													
Ensino fundamental completo	( ) pai ( ) mãe													
Ensino médio incompleto	( ) pai ( ) mãe													
Ensino médio completo	( ) pai ( ) mãe													
Superior incompleto	( ) pai ( ) mãe													
Superior completo	( ) pai ( ) mãe													
Seu filho foi amamentado ( ) sim ( ) não Até que idade? Exclusivo ( ) sim ( ) não														
Durante a alimentação é realizada outra atividade? ( ) sim ( ) não Quais?														
Costuma rejeitar alguma refeição ou preparação? ( ) sim ( ) não Quais?														
Gostos e aversões:														
Relate aqui as principais dificuldades relacionadas com a alimentação de seus filhos:														

Quadro 1. Questionário para diagnóstico situacional dos pais e/ou responsáveis pelos pré-escolares residentes de comunidades do interior do Ceará.

Além disso, também foi realizada uma palestra sobre alimentação saudável, abordando de maneira geral os principais alimentos que devem estar presentes no cotidiano da alimentação infantil e a importância deles para a saúde da criança. Essa ação educativa contou com recursos orais e visuais (cartazes e alimentos ilustrativos).

Posteriormente, como atividade de fixação, foi realizada a montagem do prato saudável, supondo que essa refeição seria oferecida para as crianças. Em uma

mesa foram distribuídos de maneira aleatória, vários recortes de figuras impressas de alimentos. Cada participante recebeu um prato descartável e foram orientados a buscar na mesa as figuras dos alimentos, que para eles iriam constituir, uma refeição saudável e, em seguida, colar no prato. Ao decorrer da atividade foram esclarecidas dúvidas de alguns participantes acerca dos alimentos que iriam ou não compor o prato saudável e a justificativa de tais escolhas.

Uma outra atividade foi realizada com o objetivo de avaliar a contribuição da educação nutricional realizada, para o aprendizado sobre alimentação saudável e esclarecimento dos pontos abordados. Para isso, foi elaborado um questionário contendo 3 questões objetivas referentes ao nível de aprendizado e a satisfação com as atividades executadas (QUADRO 2).

Avaliação das atividades educativas
1. As atividades desenvolvidas esclareceram de alguma forma o que é uma alimentação saudável?
2. Você está satisfeito com o que foi abordado durante as atividades? Se não, diga o que precisa ser melhorado.
3. Você aprendeu algo novo durante sua participação nessa ação educativa?

Quadro 2. Avaliação das atividades educativas

Foram distribuídas plaquinhas nas cores amarela e vermelha contendo uma ilustração de carinha feliz e triste, respectivamente. Ao receber as plaquinhas, cada participante foi orientado a levantar a de cor verde quando a resposta fosse positiva (sim) e a cor vermelha para uma resposta negativa (não). Cada item do questionário foi indagado aos participantes e feita observância das plaquinhas que foram levantadas.

### 3 | RESULTADO E DISCUSSÃO

Participaram da ação educativa 46 pais ou responsáveis pelos pré-escolares. Todos se mostraram interessados diante do assunto proposto.

Após explanação sobre alimentação saudável, foi realizada uma avaliação de fixação, que foi a montagem do prato saudável. Essa atividade permitiu checar o entendimento acerca do assunto abordado e o interesse dos pais em oferecer uma alimentação nutricionalmente adequada para os filhos. Foi observado que a grande maioria conseguiu de imediato montar o prato com alimentos essenciais para uma refeição equilibrada. Porém, uma pequena quantidade de participantes apresentou dúvidas acerca dos alimentos que deveriam compor a refeição saudável, principalmente, a respeito da adição de massas e frituras. Diante disso, foram feitos os

esclarecimentos plausíveis para sanar tais dificuldades.

Todos os 46 participantes da atividade educativa levantaram a plaquinha verde (carinha Feliz) para cada item do questionário acerca da avaliação da educação nutricional (QUADRO 2), ou seja, a atividade educativa realizada contribuiu para o aprendizado dos mesmos.

## REFERÊNCIAS

ACCIOLY, E. ; SAUNDERS, C. ; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

ARAÚJO, A.F.C.; OLIVEIRA, M.G.O.A. Recomendações nutricionais. In: VASCONSCÉLOS, M.J.O.B.; BARBOSA, J.M.; PINTO, I.C.S.; LIMA, T.M.; ARAÚJO, A.F.C. **Nutrição clínica: obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: científica, 2011. P. 239-250.

BOOG, M. C. F. Histórico da educação alimentar e nutricional no Brasil. In: DIEZ- GARCIA, R. W. ; CERVATO- MANCUSO, A. M. **Nutrição e metabolismo: mudanças alimentares e educação nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2011. P. 66 – 73

DANIELS, SR. The consequences of childhood overweight and obesity. **Future Child**, v. 16, P. 47- 67, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed>>. Acesso em: 31 mar. 2016.

LINDEN, S. **Educação alimentar e nutricional: algumas ferramentas de ensino**. São Paulo: livraria varela, 2011.

MATTA, J. S. **Manual de atividades de educação nutricional para pré-escolares em creches**. Rio de Janeiro: UERJ, instituto de nutrição, 2008. 65 p.

NACIF, M. ; VIEBIG, R. F. Avaliação da composição corporal. In: NACIF, M. ; VIEBIG, R. F. **Avaliação antropométrica nos ciclos da vida: uma visão prática**. São Paulo: metha, 2008. P. 1- 18.

OMS: Organização Mundial Saúde. **World Health Report 2010**. Suíça: WHO, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE (OMS) & REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. **Organization, European Ministerial Conference on Counteracting Obesity: Diet and physical activity for health. 10 things you need to know about obesity**. Istambul, Turquia: WHO, 2006. Disponível em: <http://www.euro.who.int/obesity>> acesso em 17 jun. 2017.

PEDRAZA, D. F. **Preditores de riscos nutricionais de crianças assistidas em creches em município de porte médio do Brasil**. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2017.

RAMOS, C. V.; DUMITH, S.C.; CÉSAR, J. A. **Prevalence and factors associated with stunting and excess weight in children aged 0-5 years from the Brazilian semi-arid region**. **Jornal de pediatria**, v. 91, p. 175-182, 2015.

SAHOO, K.; SAHOO, B.; CHOUDHURY, A. K.; SOFI, N. Y.; KUMAR, R.; BHADORIA, A. S. **Childhood obesity: causes and consequences**. **Family practice**, V. 4, P. 157- 192, 2015.

## EFEITO MIDRIÁTICO DA FENILEFRINA A 10%: COMPARAÇÃO ENTRE A AUTOINSTILAÇÃO DE GOTA EM OLHOS ABERTOS E A VAPORIZAÇÃO EM OLHOS FECHADOS

### **Arlindo José Freire Portes**

Universidade Estácio de Sá, Faculdade de  
Medicina  
Rio de Janeiro - RJ

### **Anna Carolina Silva da Fonseca**

Universidade Estácio de Sá, Faculdade de  
Medicina  
Rio de Janeiro – RJ

### **Camila Monteiro Ruliere**

Universidade Estácio de Sá, Faculdade de  
Medicina  
Rio de Janeiro - RJ

### **Luiz Felipe Lobo Ferreira**

Universidade Estácio de Sá, Faculdade de  
Medicina  
Rio de Janeiro - RJ

### **Nicole Martins de Souza**

Universidade Estácio de Sá, UNESA  
Rio de Janeiro - RJ

RJ. Cada paciente instilou 1 gota em um olho e aplicou vaporização no outro olho de forma aleatória. O diâmetro pupilar foi medido antes da aplicação, 10, 20 e 30 minutos após. Um dos autores observou a adequação técnica dos métodos. Após o processo foi perguntado ao paciente, questões pré-formuladas sobre a praticidade de ambos os métodos de administração. Resultados: A diferença de midríase média entre os olhos em um determinado tempo foi no máximo 0,3 mm ( $p = 0,163609$ ). 60% dos pacientes tocaram a ponta do frasco de colírio nos olhos enquanto que 12% tocaram o orifício na ponta do vaporizador com os dedos ( $p < 0,000001$ ). 72% consideraram a instilação de gotas fácil ou muito fácil enquanto 62% consideraram a vaporização fácil ou muito fácil ( $p = 0,238$ ). Conclusão: A vaporização foi mais segura e apresentou nível de dificuldade um pouco maior do que a instilação, apesar dos pacientes serem experientes para instilar gotas e inexperientes para vaporizar a medicação em olho fechado. A eficácia dos dois métodos de administração foi clinicamente semelhante.

**PALAVRAS-CHAVE:** Administração tópica; Soluções oftálmicas/administração & dosagem; fenilefrina; Olho/efeitos de drogas

**ABSTRACT:** The research objectives are: to compare the effectiveness of phenylephrine 10% applied by a spray onto closed eyes,

**RESUMO:** Os objetivos deste trabalho são: Comparar a eficácia da fenilefrina a 10% por vaporização em olhos fechados em relação a instilação de gota em olhos abertos antes de exame de fundoscopia e avaliar o nível de dificuldade e a adequação técnica entre os métodos de administração. Métodos: Ensaio clínico controlado, randomizado e pareado, realizado em 2014, envolvendo 100 olhos de 50 pacientes na Policlínica Ronaldo Gazolla –

over drop instillation onto open patient eyes who will perform ophthalmoscopy and assess the level of difficulty and technical adequacy of the administration methods. Methods: Clinical trial, controlled, randomized and paired, performed in 2014, involving 100 eyes of 50 patients in the Polyclinic Ronaldo Gazolla - RJ. Each patient underwent eye drop instillation and spray application on the other eye. Pupillary diameter was measured before application and 10, 20, 30 minutes after. The process of instillation or vaporization was observed for its technical correctness. A questionnaire was asked to the patient about the difficulty of each method after topical administration. Results: The average mydriasis difference between the each eye pair assessed at a given time was at most 0.3 mm, which was not clinically significant ( $p = 0.163609$ ). 60% of patients touched the tip of the eye drop bottle onto the eye, while 12% touched the tip of the vaporizer with their fingers ( $p < 0.000001$ ). 72% considered the drops instillation easy or very easy, while 62% considered vaporization in a closed eye easy or very easy ( $p = 0.238$ ). Conclusion: Vaporization was safer and a little more difficult to attain than instillation, despite patients being experienced for instilling drops and inexperienced to vaporize the medication onto a closed eye. The efficacy of each administration method was similar.

**KEYWORDS:** Administration, topical; Ophthalmic solutions/administration & dosage; phenylephrine; Eye/drug effects

## 1 | INTRODUÇÃO

A vaporização é uma via terapêutica usada frequentemente na medicina para prevenção e tratamento de várias doenças. Medicamentos anti-histamínicos, esteróides, estabilizadores da membrana do mastócito, anticolinérgicos, entre outros são liberados por vaporização nasal a fim de tratar alergias ou congestão devido a rinites ou sinusites (DJUPESLAND, 2013; AMERICAN ACADEMY OF ASTHMA, ALLERGY & IMMUNOLOGY, 2016). Agentes para fotoproteção solar ou substitutos cutâneos temporários que formam curativos impermeáveis também podem ser aplicados por vaporização sobre a pele (MONTEIRO, 2010; FERREIRA et al., 2011).

Em oftalmologia, há vaporizadores de lubrificantes disponíveis comercialmente em diversos países, seja para aplicação em olhos abertos ou em olhos fechados. Há poucos estudos que demonstraram a eficácia dos medicamentos quando vaporizados topicamente nos olhos. As gotículas da solução oftálmica são posicionadas sob pressão entre os cílios e quando o paciente abre os olhos, elas se misturam no compartimento lacrimal (CRAIG et al., 2010).

Estudo recente considerou que a fluoresceína liberada por vaporização ocular atinge concentrações na câmara anterior, porém em quantidade inferior a que seria atingida através da instilação de gotas (van ROOIJ; WUBBELS; de KRUIJF, 2015). Portes et al. (2012) relataram que a midríase produzida por gotas de tropicamida a 1% era semelhante à da vaporização da mesma substância nos olhos. Contudo,

a quantidade liberada de tropicamida a cada jato de vaporização era o dobro da encontrada em 1 gota da referida substância.

O uso do medicamento aplicado a distância por vaporizador com o olho previamente fechado pode facilitar o tratamento em paciente adulto ou idoso com: alta ametropia (que dificultam a visão adequada do frasco de colírio sobre os olhos); blefarohematoma (que dificulta a abertura palpebral e torna sensível o toque dos dedos na pele das pálpebras); em idosos com dificuldade de coordenação motora e em pacientes que apresentam desconforto emocional a instilação (PORTES et al., 2012).

Após extensa revisão bibliográfica em bases de dados como: Scielo, LILACS e MEDLINE, os autores não encontraram trabalho sobre a eficácia midriática da fenilefrina a 10% por vaporização em olhos fechados.

Os objetivos deste trabalho foram:

a) avaliar através de medidas seriadas por pupilometria, a midríase produzida pela aplicação tópica da fenilefrina a 10% por vaporização em olho fechado ou instilação de gota em olho aberto.

b) Avaliar comparativamente através de questionário, qual aplicação tópica apresentou maior dificuldade.

c) Avaliar por observação de autoinstilação qual método foi mais adequado

## 2 | MÉTODOS

A pesquisa foi realizada de setembro a novembro de 2014, no serviço de oftalmologia da Policlínica Ronaldo Gazolla, (Universidade Estácio de Sá -UNESA), Campus Arcos da Lapa – RJ. Foi feito um ensaio clínico, controlado e randomizado em uma série de 50 pacientes onde se instilou fenilefrina a 10% na forma de gotas em um dos olhos, enquanto no outro foi feita vaporização dos cílios com o olho fechado.

Os pacientes eram convidados a participar do estudo ao chegarem para exame de oftalmoscopia no ambulatório de oftalmologia da Policlínica Ronaldo Gazolla às quintas-feiras.

Os olhos foram escolhidos para a administração de colírio ou vaporização de acordo com uma tabela de números pseudoaleatórios do Excel antes da aplicação. O diâmetro pupilar foi medido antes da instilação e após 10, 20 e 30 minutos, em ambos os olhos, com pupilômetro manual “PD-meter” .

Foi utilizado um frasco de colírio de solução midriática ocular de fenilefrina a 10% e um frasco acoplado a um vaporizador.

Todos os pacientes não tinham doenças oculares ou sistêmicas que pudessem afetar o diâmetro pupilar.

Critérios de exclusão:

1) Anisocorias e/ou qualquer alteração de diâmetro pupilar

2) Presença de qualquer doença sistêmica que afetasse o sistema nervoso

autônomo.

- 3) Presença de sinéquias posteriores
- 4) Presença de doenças oculares inflamatórias.
- 5) Presença de doença ocular que impedia a medida do diâmetro pupilar

Métodos de aplicação: todos os pacientes permaneceram sentados durante o estudo e eram instruídos a olhar para frente.

O colírio era aplicado em um dos olhos, sempre da mesma forma e do seguinte modo: O paciente foi instruído a direcionar a cabeça para traz, fazendo a extensão do pescoço e olhando para cima. A sua pálpebra inferior era tracionada levemente expondo o fundo de saco conjuntival inferior. Em seguida 01 gota de colírio era autoinstilada no fundo de saco inferior.

A vaporização foi feita no olho onde não foi aplicado o colírio, do seguinte modo: o paciente foi instruído a permanecer sentado, olhando para frente, em seguida ele posicionava o frasco de forma que o orifício do vaporizador ficasse a frente dos cílios a aproximadamente 2 cm de distância do olho do paciente, a droga era vaporizada somente uma vez com as pálpebras fechadas. Todo este processo foi feito com destreza e rapidez. Os pacientes foram instruídos a manter o olho vaporizado fechado até 10 segundos da instilação da gota ou vaporizador. O frasco utilizado foi de plástico com 7 cm de altura por 2 cm de largura apresentando um volume de 7 ml, cada vaporização liberava em média 0,1 ml de solução oftálmica, o que correspondia a aproximadamente 02 gotas de colírio em uma área de dispersão circular de 5,5 cm de diâmetro (medidas aferidas em papel filtro). Este frasco não estava disponível para uso comercial aplicando medicamentos, portanto foi esterilizado em óxido de etileno antes do estudo e a fenilefrina a 10% foi introduzida neste recipiente de forma estéril.

No final dos 30 minutos, após a última medida do diâmetro pupilar, caso o paciente se queixasse de desconforto ocular ele era submetido a exame biomicroscópico, para descartar qualquer alteração corneana e as pálpebras também foram examinados ectoscopicamente, para descartar alguma sensibilidade na área de dispersão do vaporizador.

O processo de instilação ou vaporização foi acompanhado por um dos autores.

Após o processo foi perguntado ao paciente, questões pré-formuladas sobre a praticidade de ambos os métodos. Aspectos relacionados a administração foram observados e classificados pelos autores (Anexo).

O banco de dados foi montado utilizando o programa Epi info 7. O teste de “Wilcoxon signed rank” foi aplicado para as perguntas 4 e 5 do questionário. O teste t de Student para 2 amostras pareadas foi aplicado as questões 11 e 15 e o teste binomial para duas proporções para as perguntas 8,9,10,12,13,14. O teste de ANOVA para dois fatores com medidas replicadas comparou os resultados das midríases entre os olhos nos diversos tempos após a instilação. Os cálculos estatísticos foram feitos por calculadoras do site: “vassarstats.net”.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Estácio de Sá (CAAE: 29365414.2.0000.5284). Todos os participantes que participaram assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

### 3 | RESULTADOS

A média de idade dos pacientes era de 64,4 anos com desvio padrão de 12,38. Dezesesseis (32%) pacientes eram homens e 34 (68%) eram mulheres. 56% dos pacientes foram referidos da ESF-Lapa/RJ e os demais eram particulares ou apresentavam plano de saúde.

Na tabela 1, observa-se a média da midríase de cada olho em intervalos de tempo correspondentes desde o início da instilação. Observa-se que a média do diâmetro pupilar e o desvio padrão são muito semelhantes para cada grupo. Não houve diferença clinicamente significativa das medidas (tabela 1).

Tempo/Diam. pupilar	Gotas Média	Desvio padrão	Vaporização Média	Desvio padrão
Antes da aplicação	4,25 mm	0,58	4,38 mm	0,66
10 minutos	4,68 mm	0,66	4,69 mm	0,74
20 minutos	5,21 mm	0,83	4,96 mm	0,70
30 minutos	5,83 mm	1,01	5,53 mm	0,86

Tabela 1 - Média do diâmetro pupila nos grupos estudados após a instilação ou vaporização de fenilefrina a 10%.

Análise de variância (ANOVA) com dois fatores para medidas repetidas demonstrou  $F = 1,97$  e  $p = 0,163609$  quando se comparavam as medidas entre os grupos de vaporização e gotas. Porém, quando se comparavam os grupos em relação ao tempo,  $F = 129,22$  e  $p \leq 0,0001$ . Portanto, a diferença das medidas entre os grupos de vaporização e gotas a cada tempo não eram significativas estatisticamente, mas a diferença das midríases dos grupos entre tempos diferentes mostrou significância estatística.

A diferença de midríase média entre os grupos de olhos avaliados em um determinado tempo foi no máximo 0,3 mm, o que não é clinicamente significativo. Porém, ao longo do tempo, a diferença entre o diâmetro da pupila no tempo inicial e no tempo de 30 minutos foi no mínimo 1,15 mm (cl clinicamente significativo).

Setenta e dois por cento (72%) consideraram a instilação de gotas fácil ou muito fácil enquanto 62% consideraram a vaporização em olho fechado fácil ou muito fácil. A diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa ( $p = 0,238$ ) de acordo com o teste “Wilcoxon signed rank”.

Três (6%) dos pacientes relataram que tinham dificuldade em mirar o frasco de colírio para a gota acertar o olho e um (2%) que piscava sempre no momento da

instilação. Nove (18%) dos pacientes disseram ter dificuldade em mirar o vaporizador para atingir a margem palpebral, 5 (10%) que foi difícil apertar o vaporizador e 2(4%) que foi difícil também trabalhar com um olho fechado. Quarenta e cinco pacientes (90%) não relataram qualquer dificuldade específica para instilar colírio e 32 (64%) para vaporizar os olhos.

Em 92% dos indivíduos, a gota instilada caiu nos olhos. Em 90% dos pacientes a vaporização atingiu a margem palpebral. Vinte e seis por cento repetiram a instilação da gota enquanto que 40% repetiram a vaporização. Houve diferença estatisticamente significativa entre o número de repetição de gotas em relação ao da vaporização de acordo com o teste binomial ( $p = 0,0425$ ).

A média de gotas aplicadas por olho foi de 1,5 e a média de vaporizações foi de 1,46 ( $p = 0,8036$ ). Sessenta por cento dos pacientes tocaram a ponta do frasco de colírio nos olhos enquanto que 12% tocaram a ponta do vaporizador com os dedos ( $p < 0,000001$ ). A diferença entre o toque do colírio nos tecidos oculares e do orifício de saída do vaporizador com os dedos foi estatisticamente significativa.

#### 4 | DISCUSSÃO

A eficácia da fenilefrina a 10% foi clinicamente semelhante para as duas vias de administração tópica testadas. De acordo com a literatura oftalmológica, a midriase máxima provocada pela substância testada ocorre entre 20 e 30 minutos da administração tópica inicial. Nos olhos testados, observou-se a maior midríase 30 minutos após a vaporização ou instilação (PAVAN-LANGSTON e DUNKEL, 1991).

A média da dilatação pupilar foi de 1,15 mm para os olhos vaporizados e de 1,78 mm para os olhos instilados por gotas de fenilefrina a 10%. Portes et al. (2012) encontrou média de dilatação pupilar de 2,35 mm para olhos vaporizados e de 2,48 mm para olhos instilados com tropicamida a 1%. A dilatação por tropicamida tende a ser maior do que aquela provocada por fenilefrina a 10%, no entanto ela é maior quando os dois medicamentos são usados em conjunto sequencialmente, o que provoca efeito sinérgico (PORTES et al., 2012; PAVAN-LANGSTON e DUNKEL, 1991).

Van Rooij (2015) comparou a penetração na câmara anterior de fluoresceína instilada por colírio na superfície ocular em relação a vaporização da mesma substância com olho aberto. A quantidade do princípio ativo encontrado na câmara anterior foi cerca da metade observada após a instilação de colírio correspondente. Neste estudo, os valores da midríase encontrada foram muito próximos entre os grupos estudados, porém a quantidade de fenilefrina vaporizada equivalia a 2 gotas de fenilefrina instilada. O fato da vaporização ter sido feita a cerca de 2 cm dos cílios também contribuiu para a boa absorção do midriático.

A maioria dos pacientes instilou gotas erroneamente, tocando a ponta do frasco em tecidos oculares e perioculares de forma a facilitar a administração tópica, estabilizando o frasco do produto. O toque favorece a contaminação. Na vaporização,

os pacientes não relataram dificuldade em manter o frasco estável a distância. Desta forma o toque do vaporizador com os tecidos oculares não existiu.

Apesar da diferença percebida entre o nível de dificuldade da vaporização em relação ao da instilação de gotas ter sido pequeno e sem significância estatística, houve muito mais dificuldades relatadas para a vaporização do que para a instilação de gotas. Todos os pacientes já tinham experiência em instilar colírio e não tinham experiência em vaporizar seus olhos. O efeito treinamento no uso do vaporizador poderia tornar mais fácil o uso desta via de administração em relação a instilação de colírios.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF ALLERGY ASTHMA AND IMMUNOLOGY. **AAAI Allergy & Asthma Medication Guide**. 2018. Disponível em: <<https://www.aaaai.org/conditions-and-treatments/drug-guide/nasal-medication>>. Acesso em: 21 nov. 2018.

CRAIG, Jennifer P. et al. Effect of a liposomal spray on the pre-ocular tear film. **Cont Lens Anterior Eye**, Philadelphia, v. 33, n. 2, p.83-87, abr. 2010.

DJUPESLAND, Per Gisle. Nasal drug delivery devices: characteristics and performance in a clinical perspective—a review. **Drug Delivery And Translational Research**, [s.l.], v. 3, n. 1, p.42-62, 18 out. 2012. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s13346-012-0108-9>.

FERREIRA, Marcus Castro et al. Substitutos cutâneos: conceitos atuais e proposta de classificação. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, [s.l.], v. 26, n. 4, p.696-702, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-51752011000400028>.

MONTEIRO, Érica O. Filtros solares e fotoproteção. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 67, n. 6, p.5-18, out. 2010.

PAVAN-LANGSTON, Deborah; DUNKEL, Edmund C.. Mydriatics and Cycloplegics. In: PAVAN-LANGSTON, Deborah; DUNKEL, Edmund C.. **Handbook of Ocular Drug Therapy and Ocular Side Effects of Systemic Drugs**. Boston: Little Brown, 1991. p. 235-245.

PORTES, Arlindo José Freire et al. Tropicamide 1% midriatic effect: Comparison between spray in closed eyes and eye drops in open eyes. **Journal Of Ocular Pharmacology And Therapeutics**, New York, v. 28, n. 6, p.632-635, dez. 2012.

VAN ROOIJ, Jeoren; WUBBELS, Rennée J.; KRUIJF, Wilbur P. J.. New Spray Device to Deliver Topical Ocular Medication: Penetration of Fluorescein to the Anterior Segment. **J Ocu Pharmacol Ther**, New York, v. 31, n. 9, p.531-535, nov. 2015.

## ANEXO

### Questionário - Percepção da autoinstilação ocular de drogas: Comparação de gotas em olho aberto e vaporização em olho fechado

1. Número do Prontuário: \_\_\_\_\_
  2. Letras iniciais do nome: \_\_\_\_\_
  3. Idade: \_\_\_\_\_
  4. Em relação a instilação de colírio você considera:
    - 1) Muito fácil ( )    2) Fácil ( )    3) Nem fácil nem difícil ( )
    - 4) Difícil ( )    5) Muito difícil ( )
  5. Em relação a vaporização em olho fechado, você considera:
    - 1) Muito fácil ( )    2) Fácil ( )    3) Nem fácil nem difícil ( )
    - 4) Difícil ( )    5) Muito difícil ( )
  6. Em relação a administração tópica de colírios, você possui alguma dificuldade?  
( ) Sim    ( ) Não.  
Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_
  7. Em relação à vaporização em olho fechado, você possui alguma dificuldade?  
( ) Sim    ( ) Não.  
Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_
- Observação:
- Em relação ao colírio:*
8. A gota instilada caiu no olho? ( ) Sim ( ) Não
  9. Houve necessidade de repetição da instilação para ela cair nos olhos? ( ) Sim ( ) Não
  10. A ponta do colírio tocou os cílios ou a pálpebra ou o olho? ( ) Sim ( ) Não
  11. Quantas gotas foram aplicadas? \_\_\_\_\_
- Em relação a vaporização em olho fechado:*
12. A aplicação atingiu a margem palpebral? ( ) Sim ( ) Não
  13. Houve necessidade de repetição? ( ) Sim ( ) Não
  14. Houve toque da ponta do vaporizador com os dedos? ( ) Sim ( ) Não
  15. Quantas aplicações foram realizadas? \_\_\_\_\_

## A MÚSICA NA SALA DE ESPERA COMO ESPAÇO DE ACOLHIMENTO E PROMOÇÃO À SAÚDE

### **Márcia Caroline dos Santos**

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP) – Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Programa de Residência Multiprofissional de Saúde Mental com Ênfase na Atenção Básica. Botucatu – São Paulo.

### **Tatiane Maschetti Silva**

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP) – Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Programa de Residência Multiprofissional de Saúde Mental com Ênfase na Atenção Básica. Botucatu – São Paulo.

### **Bárbara Vukomanovic Molck**

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP) – Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Programa de Residência Multiprofissional Saúde da Família. Botucatu – São Paulo.

### **Mariah Aguiar Arrigoni**

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP) – Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Programa de Residência Multiprofissional de Saúde Mental com Ênfase na Atenção Básica. Botucatu – São Paulo.

### **Guilherme Correa Barbosa**

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP) – Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Departamento de Enfermagem. Botucatu – São Paulo.

### **Cintia Aparecida de Oliveira Nogueira**

Centro de Saúde Escola - Unidade Auxiliar da Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu - São Paulo.

**RESUMO:** Este artigo relata uma experiência desenvolvida em um Centro de Saúde Escola, localizado em uma cidade do interior de São Paulo, utilizando da música na sala de espera. A música, colocada sobre o prisma de possibilitar a construção de um novo papel social, pode dar abertura a novos sentimentos e experiências a partir do reconhecimento do espaço em que a linguagem musical viabiliza diferentes formas de expressão, de sentimentos e ressignificação de experiências vividas. Sendo assim, a sala de espera presente na maioria dos dispositivos da Rede de Atenção à Saúde, pode possibilitar um espaço de acolhimento, de acordo com a diretriz da Política Nacional de Humanização, e concretizador dos princípios básicos do SUS, propiciando uma relação humanizada e acolhedora. Os encontros são realizados semanalmente, com duração de aproximadamente uma hora e aberto para usuários e profissionais do serviço, que possuem ou não habilidades musicais. O grupo de música é coordenado por residentes e estagiários, tendo início na sala de grupo e se expande para a sala de espera sendo a escolha das músicas feita pelos integrantes e improvisadas pelos mesmos, assim, vislumbrando a possibilidade de formar redes sociais e de suporte para o cotidiano. Portanto as práticas complementares e o acolhimento, quando usados em conjunto, ajudam a reverter a lógica e o modelo de cuidado

dialogando com as estratégias vigentes na Política Nacional de Atenção Básica e das Práticas Complementares de Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** MÚSICA; ACOLHIMENTO; SALA DE ESPERA; ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE;

**ABSTRACT:** This article reports an experiment developed at a School Health Center, localized in a small city at São Paulo State, using music in the waiting room. The music placed on the prism of enabling the construction of a new social role opening up new feelings and experiences from the recognition of space in which the musical language enables different forms of expression, feelings and resignification of lived experiences. Thus, the waiting room present in most of the Health network's devices can provide a reception space, according to the National Policy of Humanization, and concretizing the basic principles of SUS, providing a humane and welcoming relationship. The present study aims to report the experience of the use of music in the waiting room as a space for reception and health promotion. The meetings are held weekly, lasting approximately one hour and open to users and service professionals, who have or do not have musical skills. It is coordinated by residents and trainees, starts at the group room and expands to the waiting room with the songs being chosen by the members and improvised by them, thus, envisioning the possibility of forming social networks and support for daily life. The complementary practices and the embracement, when used together, help to reverse the logic and the model of care, dialoguing with the strategies in force in the National Policy of Basic Attention and Complementary Health Practices.

**KEYWORDS:** MUSIC; EMBRACEMENT; WAITING ROOM; PRIMARY HEALTH

## INTRODUÇÃO

A Atenção Básica caracteriza-se como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando o acesso das pessoas ao Sistema de Saúde. Tem como objetivo “desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2013).

Orienta-se pelos princípios da universalidade, ou seja, o acesso às ações e serviços de saúde deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, etnia, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; da integralidade da ação, considerando as pessoas como um todo, atendendo todas as suas necessidades; da equidade, com o objetivo de diminuição das desigualdades; e da participação social, ou seja, envolvimento dos usuários nas decisões de deliberação na gestão do sistema (BRASIL, 2013).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Localiza-se no território, próximo à comunidade, onde as pessoas habitam, trabalham, estudam e convivem, desempenhando papel fundamental na garantia de acesso à população a uma atenção

à saúde de qualidade e humanizada (BRASIL,2012)

A sala de espera, presente na maioria dos dispositivos da Rede de Atenção à Saúde, é um espaço subestimado para a operacionalização de ações em saúde enquanto o usuário aguarda por atendimento. Nesse contexto a destacamos como um território presente na atenção básica. É um espaço dinâmico onde ocorrem diferentes mobilizações. Não é voltado aos profissionais, é um espaço onde as pessoas trocam experiências, angústias, emocionam-se, se expressam, dentre outros, por meio do processo interativo que ocorre por meio da linguagem. Portanto o tempo de espera pode se tornar um aliado e uma oportunidade de trocas.

Segundo Pimentel et al. (2011, p.742) “a sala de espera recebe atenção privilegiada para as ações em prol da humanização na atenção básica e passa a ser utilizada como local de execução de atividades do acolhimento”, trocas e possibilidade de experiências de uso de tecnologias leves. O conceito de tecnologia leve é representado pelas relações interpessoais. Tal tecnologia é produzida no trabalho vivo presente no processo de relações, no encontro entre o trabalhador e o usuário de saúde. Desenvolve-se então vínculo, acolhimento, escuta, produção de responsabilidade e autonomia.

A música foi inserida, como prática terapêutica na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), pela Portaria n. 849/2017 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) e tem sido utilizada em diversos cenários da saúde, como uma forma de tecnologia leve para cuidar dos usuários de forma integral e multidimensional.

A expressão musical tem o potencial de proporcionar meios de socialização e resgate de identidade; ampliar a autonomia dos usuários e suas vivências pessoais e facilitar a construção de vínculos afetivos mesmo que, segundo Teixeira e Veloso (2006, p.321), os usuários nesse espaço não se conheçam, tão pouco mantêm um vínculo estável.

A literatura tem revelado que a utilização da música como um recurso terapêutico é uma atividade que acompanha a humanidade em sua história. No contexto do cuidado vem se fazendo presente em diversos cenários da saúde e se configurando como uma modalidade de intervenção que visa uma assistência integral e humanizada. A sua utilização pode fazer parte dos cuidados em saúde nos diversos cenários, configurando-se em uma modalidade de intervenção que se afasta do modelo biomédico curativista (ARAUJO,2014; BATISTA, 2016).

Em suma, o presente estudo tem por objetivo descrever a experiência da utilização da música na sala de espera como um espaço de acolhimento e promoção de saúde.

## **METODOLOGIA**

A Atenção Básica de Botucatu - município localizado no centro Sul do Estado de São Paulo com uma população, estimada pelo IBGE em 2018, de 144.820 habitantes,

conta com sete Unidades Básicas de Saúde e doze Unidades de Saúde da Família, dentre elas o Centro de Saúde Escola (CSE) localizado na região da Vila dos Lavradores. Foi fundado em dezembro de 1972 com a proposta de ser uma unidade de atenção à população residente em área delimitada urbana e rural, com o objetivo de atuar nas áreas de assistência, ensino e pesquisa (CYRINO & MAGALDI, 2002).

No ano de 2010 tornou-se uma Unidade Auxiliar de Estrutura Complexa da Faculdade de Medicina e passou a compartilhar o seu gerenciamento com o Departamento de Enfermagem desta. Atualmente o CSE possui uma área adscrita de 30.000 pessoas, para duas unidades (Vila dos Lavradores e Vila Ferroviária). Oferecendo atendimentos especializados nas áreas de saúde da criança, saúde do adulto, saúde da mulher e saúde mental.

A Unidade Vila dos Lavradores, foi o local que possibilitou o encontro de profissionais de diversas áreas como: Enfermagem, Serviço Social, Psicologia e Terapia Ocupacional, mais especificamente, profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde Mental com ênfase na Atenção Básica; Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Programas de Aprendizagem e Treinamento – PRAT.

A inserção dos programas de residência multiprofissional nesse serviço foi o motivador para a reflexão e o repensar das práticas atuais. Este olhar levou à percepção de uma grande demanda existente de usuários, que, diante da concepção do modelo biomédico, buscavam o serviço meramente afim de obter prescrição de medicação. Através de uma visão mais focada na potencialidade dos vínculos, dos grupos, da ressignificação dos sintomas, e do fato de muitos destes usuários terem familiaridade com a música. Surge então a ideia de utilizá-la enquanto tecnologia relacional para contribuir na transformação desse contexto.

Salienta-se que após a iniciativa ser aprovada pela supervisão do núcleo de Saúde Mental do CSE, iniciou-se a arrecadação de instrumentos musicais, por meio de campanha de arrecadação utilizando cartazes na Unidade Básica de Saúde e meios de tecnologias de comunicação. Inicialmente, os instrumentos eram dos profissionais, porém, não suficientes devido ao número de integrantes e necessidade de diversidade sonora. Contava-se apenas com: um violão, um pandeiro, um bongô e uma meia lua. Porém, em curta duração de tempo, o grupo foi aumentando seu arsenal de instrumentos através de doações.

A estratégia em si, caracteriza-se por um grupo aberto pois possibilita a participação de todos os usuários e profissionais do serviço que estiverem interessados, sendo a participação facultativa. Os encontros acontecem semanalmente, com duração de aproximadamente uma hora e com a participação de em média dez pessoas.

As atividades são iniciadas em uma sala de grupo com as portas abertas, em seguida ocorre uma rodada breve de apresentação dos integrantes incluindo o contato já vivenciado com a música e também uma conversa sobre o funcionamento do grupo como: horário de início, duração e combinados, sendo que os integrantes possuem liberdade para se expressar contando histórias, anseios e angústias a qualquer

momento.

Em um segundo momento nos deslocamos para a sala de espera, compartilhando as músicas escolhidas anteriormente e possibilitando que os usuários presentes escolham músicas assim podendo se integrar ao grupo de maneira espontânea.

Em um terceiro e último momento é realizada uma avaliação a partir dos relatos orais que acontecem durante o grupo, resgatando também o objetivo e sendo ofertado acolhimento individual aos usuários que apresentarem necessidades.

Os objetivos deste grupo possuem como pauta utilizar a música enquanto prática complementar para o acolhimento. Reconhecesse sua aplicabilidade na promoção à saúde resultando em melhorias no bem-estar físico e psíquico e na ampliação da participação social.

Contudo, para desenvolver intervenções com seres humanos, este relato de experiência pautou-se nos procedimentos éticos indicados pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). Contando também com a aprovação da Coordenação da Residência Multiprofissional com ênfase na Atenção Básica.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo não se caracteriza pela cura das enfermidades, mas sim, proporcionar acolhimento e promoção da saúde através da música. Cada integrante é livre para experimentar os instrumentos e propor a música de acordo com sua preferência, independentemente do gênero musical. Constituindo-se assim como um espaço importante para autonomia, troca de experiências e identificações musicais e interpessoais. A literatura traz que a música é utilizada como recurso do cuidar no cotidiano, considerando que valoriza a construção de subjetividades próprias ao afeto e à criatividade, colaborando para a formação de um espaço terapêutico que raramente ocorreria no ambiente de cuidado convencional (ARAÚJO et al., 2014).

A linguagem musical viabiliza a expressão de sentimentos e a ressignificação de experiências vividas por se tratar de uma tecnologia de cuidado que facilita a comunicação e o vínculo além de resgatar sentimentos positivos e proporcionar alegria, melhorar a autoestima, transformar realidades, relaxamento e bem-estar. Exercendo, então, funções que vão além da simples distração e descontração, tornando-se um meio de comunicação capaz de ultrapassar os limites da expressão verbal (ARAUJO, 2014; BATISTA, 2016).

Impelidos pelos ritmos das músicas e pela alegria contagiante, ampliamos as possibilidades interativas para os diferentes espaços e contextos. O repensar valores, o respeito à diversidade cultural e saberes, o aprender na e com a diversidade, através das experiências, proporciona acolhimento e promoção de saúde aos envolvidos.

É possível um reconhecimento dos integrantes como músicos e artistas. A própria linguagem musical vivida por meio das recordações que as músicas trazem e a identificação com as letras possibilitam potencialidades artísticas e expressivas que

transcendem a dicotomia saúde e doença.

A experiência não só permite um olhar mais cuidadoso para com o usuário, considerando sua história de vida seus anseios e desejos, como também nos possibilita participar ativamente de um processo de construção de um ambiente humanizado, que prioriza o vínculo no atendimento à saúde, potencializando a automotivação capaz de construir relações de trocas saudáveis, com mais autoestima e autonomia.

O trabalho vivo é aquele que valoriza o pensamento crítico, a subjetividade das relações, o contato com o outro e não se acaba no produto, ou seja, no término de sua criação, ele pode ser repensado, avaliado, recriado e adaptado. Este conceito nos distancia do trabalho com um início e um fim, está sempre em movimento e se opõe ao trabalho morto conhecido como: regras fechadas, protocolos rígidos e trabalhos mecânicos e repetitivos que são reproduzidos automaticamente (PIMENTEL et al. 2011 p. 742).

Por fim, o grupo foi criando forma e expandiu-se para além da Unidade Básica de Saúde recebendo convites para realizar apresentações culturais em eventos no município, o que trouxe aos integrantes o sentimento de reconhecer-se pertencente a este grupo e internalizar a representação do significado do espaço.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas tradicionais, estritamente biomédicas, utilizadas atualmente demonstram não contemplar a mudança do atual modelo prevista na Política Nacional de Atenção Básica, portanto, a integração das tecnologias relacionais (as tecnologias leves estão presentes no espaço relacional do trabalho e se materializam nas atitudes dos sujeitos, podendo ser denominadas tecnologias relacionais) e das práticas integrativas são uma aposta e uma possibilidade de ampliação e aumento da qualidade do cuidado presentes no modelo de atenção à saúde.

A expressão musical, como prática integrativa e de acolhimento, possibilita a comunicação, vínculo, autonomia, responsabilização e bem-estar dos usuários, sendo exemplos de práticas que promovem saúde e têm o potencial de reverter o modelo vigente para uma prática mais humanizada tanto para usuários como trabalhadores do serviço.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. C. et al. **Uso da Música nos diversos cenários do cuidado: revisão integrativa.** Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 28, n. 1, p. 96-106, jan./abr. 2014. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6967/8712>>. Acesso em: 27 nov.2018.

BATISTA, N.S; RIBEIRO, M.C. **O uso da música como recurso terapêutico em saúde mental.** Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, São Paulo, v.28, n. 3, p.336-41, set/ dez. 2016 set.-dez. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/105337>>. Acesso em: 27 nov.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS - **Os grupos na Atenção Básica à Saúde**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizasus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf)>. Acesso em: 27 nov.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 34**). Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)>. Acesso em: 27 nov.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 849 de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849\\_28\\_03\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html)>. Acesso em: 27 nov.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. Disponível em: <<http://portalmms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em: 27 nov.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde**. Diário Oficial da União 2012; 12 dez.

PIMENTEL, A.F.; BARBOSA, R.M.; CHAGAS, M. **A musicoterapia na sala de espera de uma unidade básica de saúde: assistência, autonomia e protagonismo**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 15, n. 38, p. 741-754, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/10.pdf>>. Acesso em: 27 nov.2018.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R.C. **O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde**. Texto contexto - enferm, Florianópolis, v.15, n.2, pp.320-325, abr./jun. 2006. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200017>>. Acesso em: 27 nov.2018.

NOGUEIRA, C. A. O.; CERQUEIRA. **Expressão do sofrimento psíquico, itinerário terapêutico e alternativas de tratamento: a voz de mulheres atendidas no serviço de saúde mental de um Centro de Saúde Escola**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, Brasil.

## A UNIVERSIDADE E SEU PAPEL CONTEMPORÂNEO NO ENVELHECIMENTO: UMA VIVENCIA DE REFLEXOLOGIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

### **Daisy de Araújo Vilela**

Docente da Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí, Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde, Curso de Fisioterapia, Jataí-GO.

### **Ana Lucia Rezende Souza**

Docente da Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí, Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde, Curso de Fisioterapia, Jataí-GO.

### **Keila Márcia Ferreira de Macedo**

Docente da Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí, Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde, Curso de Educação Física, Jataí -GO.

### **Marina Prado de Araújo Vilela**

Graduada em Medicina. Unievangélica, Anápolis - GO.

### **Isadora Prado de Araújo Vilela**

Acadêmica de Medicina da FUNORTE. Montes Claros -MG.

### **Pedro Vitor Goulart Martins**

Acadêmica de Medicina da UNIC. Cuiabá- MT.

### **Julia Ester Goulart Silvério de Carvalho**

Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Hospitalar. Jatai- GO

### **Juliana Alves Ferreira**

Fisioterapeuta da instituição. Acadêmica da Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí, Unidade Acadêmica Especial de Ciências da Saúde, Mestrado em Ciências da Saúde, Jataí-GO.

### **Marianne Lucena da Silva**

Docente da Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí, Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde, Curso de Fisioterapia, Jataí-GO.

**RESUMO:** A estratégia saúde da família tem como objetivo contribuir na organização do sistema único de saúde (SUS) municipalizando a integralidade e a participação da comunidade. A inserção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), configura uma ação de acesso as terapia na tentativa de envolver a integralidade da atenção à saúde da população. A Reflexologia, utilizada como coadjuvante na recuperação da saúde, vem sendo utilizada nos mais diferentes campos da área da saúde. Nesse sentido, objetivou promover qualidade de saúde a idosos de um centro de referencia utilizando a massoterapia na aplicação da técnica de reflexologia podal. O estudo tem caráter exploratório de relato de experiência, onde utilizamos palestras de educação em saúde e tecnicas de massagem. Os objetivos foram alcançados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estratégia saúde da família;Atividade de extensão; Reflexologia. praticas integrativas e complemetares em saúde.

**ABSTRACT:** The family health strategy aims to contribute to the organization of the single health system (SUS), municipalizing the integrality and participation of the community. The insertion of the National Policy of Integrative and Complementary Practices (PNPIC), constitutes an action to access the therapy in an attempt

to involve the health care of the population. Reflexology, used as a coadjuvant in the recovery of health, has been used in the most different fields of health. In this sense, the objective was to promote the quality of health for the elderly of a reference center using massage therapy in the application of the foot reflexology technique. The study has an exploratory character of experience reporting, where we use lectures on health education and massage techniques. The objectives have been achieved.

**KEYWORDS:** Family health strategy; Extension activity; Reflexology. integrative and complementary practices in health.

## INTRODUÇÃO

O papel social da instituição superior de ensino público é especificado no contexto da extensão universitária, onde pretende levar para a sociedade uma grande e importante contribuição, pois apresenta a relação dos universitários com a comunidade, e pode realizar a prática de acordo com as teorias aprendidas em sala de aula. Diante disso a universidade cumpre seu papel de ensino, pesquisa e extensão.

Desta forma a extensão surge como um meio que leva o discente a participar e a realizar ações e soluções para o contexto social e, diante deste contexto, atuar, experimentar, conhecer e conviver de forma cívica e responsável (SARAIVA, 2007).

A extensão possui papel essencial, tanto na vida dos acadêmicos, que colocam em prática tudo o que aprenderam em sala de aula, quanto na vida dos indivíduos que usufruem desta vivência. Aos que estão em formação, esta posição é muito gratificante, já que contribuem para um mundo melhor. A comunidade recebe o aprendizado, sendo beneficiada no que se diz respeito ao desenvolvimento na vida de cada ser, provocando assim, mudanças sociais e contribuindo para a formação social da profissão (RODRIGUES et al., 2013).

As questões que envolvem as situações de ações em extensão voltadas a comunidade, agregadas a epidemiologia do envelhecimento nos motiva o interesse por atividades que possam contribuir para uma melhor qualidade de vida para os idosos, em conjunto com vivências em promoção e educação em saúde que possam permitir aos nossos discentes a experiência do contato direto com a comunidade, de forma a contribuir com a formação acadêmica. A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge com potencial para tornar concreta a participação da comunidade e a integralidade das ações, e a universidade em parceria com a secretaria municipal de saúde (SMS) contribui para o desenvolvimento das ações em extensão .

As atividades na ESF dentre outras ações, são voltada para a pessoa idosa, onde o cuidado comunitário se faz necessário acontecer na família e na atenção básica, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais devem representar para o idoso, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003). Os profissionais de saúde tem alguns desafios como a formação

inadequada voltada à atenção básica e ao conhecimento gerontológico, juntamente com a desvalorização da educação permanente e a capacitação destes profissionais (TAHAN; CARVALHO, 2010).

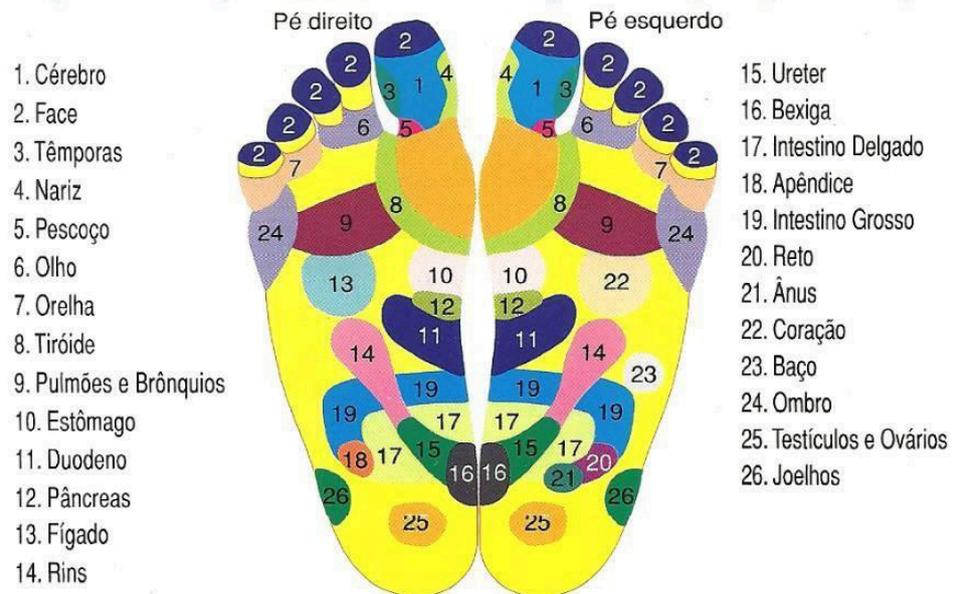
A esta diversidade de desafios e pluralidades de atores, temos como apoio as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), denominadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como medicinas tradicionais e complementares, foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), aprovada pela Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006.

Estas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) constituem as ofertas de cuidados em saúde, de forma a permitir a racionalização das ações de saúde, contribuindo para estimular alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades; não podemos deixar de comentar sobre a motivação às ações referentes a participação social, incentivando o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde, de forma a contribuir para proporcionar maior resolutividade aos serviços de saúde (BRASIL, 2015).

A reflexologia ou reflexoterapia é uma prática terapêutica, que estuda as reações de pontos, em áreas pré estabelecidas; como crânio, orelhas, mãos, coluna, pés; através da pressão ou massagens. Cada parte do corpo tem um ponto reflexo, que representa determinada parte do corpo, ao estimular os pontos reflexos corresponde a cada, órgão ou glândula ao qual o ponto se refere. Pode ser utilizada como complemento para o tratamento de diversas comorbidades, e como forma alternativa de tratamento (LEITE; ZÂNGARO, 2006). Ou seja, utiliza os microssistemas e pontos reflexos do corpo, existentes nos pés, nas mãos e nas orelhas, para auxiliar na eliminação de toxinas, na sedação da dor e no relaxamento.

Definida como o estudo da produção de reflexos correspondentes de outras partes do corpo, fazendo com que o organismo retorne ao estado de equilíbrio, que é o início da normalização, assim promovendo o relaxamento. Permite que a circulação das energias flua livremente beneficiando os órgãos corporais, agregados celulares, promovendo o retorno ao estado ou função normal (KUNZ ;KUNZ, 1982).

## Os pontos correspondentes dos diversos órgãos do corpo na planta dos pés



Fonte/ crédito da figura: <https://perfilfeet.com.br/reflexologia-podal-seus-pes-dizem-muito-sobre-voce/>.

Este trabalho teve como objetivo promover qualidade de saúde a idosos de um centro de referência utilizando a massoterapia na aplicação da técnica de reflexologia podal, e descrever os benefícios relatados de forma a proporcionar aos universitários a experiência do trabalho em equipe e a assistência para comunidade, contribuindo assim para sua formação.

São imprescindíveis estudos e pesquisas sobre o assunto para que haja maior compreensão e informações sejam geradas para subsidiar as ações de saúde. Este relato trata-se de uma ação de extensão realizada nas unidades de referências para idosos.

## METODOLOGIA

O projeto foi desenvolvido em duas etapas: na primeira o local selecionado foi uma instituição de longa permanência (ILP) na qual vinculada a uma prática da disciplina de Fisioterapia aplicada a reumatologia e geriatria, realizávamos as ações como uma forma de assistência ao idoso institucionalizado. Na segunda etapa, atendendo a solicitação de uma unidade de referência, desenvolvemos palestras e ações voltadas ao idosos da comunidade.

Este relato se refere a segunda etapa, foram realizadas no segundo semestre letivo de 2014, no período de agosto a novembro, por acadêmicos do segundo período do curso de fisioterapia da Universidade Federal de Goiás- regional de Jataí, sob supervisão do professor que estava ministrando a disciplina de massoterapia.

Para este trabalho adotamos como critérios de inclusão: unidades de saúde para idosos no município que tivesse encontros periódicos com a população de idosos; ser maior de 15 anos; disponibilidade em participar da ação, visto que após a palestra

haveria um tempo mínimo de espera para receber a massagem podal.

Entendemos que se faz relevante a descrição da metodologia porque a ciência tem como alvo mostrar a verdade dos fatos, ela se utiliza de métodos que visam à sua verificação, a utilização de procedimentos organizados para se atingir as finalidades esperadas, define o método científico como o somatório de procedimentos intelectuais e técnicos utilizados para se atingir o conhecimento (GIL, 1995).

A ação foi estendida a todos que tivessem interesse em participar não se limitando exclusivamente aos idosos, alguns eram acompanhados por familiares, entendemos ser relevante a afirmação das informações para todos os indivíduos que compõem a rotina dos idosos e a família estando envolvida nas ações voltadas para os idosos, em nossa opinião pode ser um diferencial na qualidade de vida dos mesmos. Desta forma caracteriza o papel da extensão universitária, que é uma forma de interação entre a universidade e a comunidade, com sua execução torna possível desenvolver atividades de promoção da saúde (SIQUEIRA et al., 2017).

A atividade foi composta por: palestras expositivas com utilização do recurso multimídia e vídeos para ilustrar os temas facilitando a compreensão do público, para a população convidada durante os encontros semanais, nos seguintes temas: prevenção à quedas, qualidade de vida, alimentação na 3ª idade, a massagem como aliado para combater o stress, técnicas de auto-massagem, dentre outros temas.

Cada palestra tinha a duração de 45 minutos com espaço para questionamento do público, ou colocações do palestrante sobre o que acharam das informações expostas. Em sequência as universitária do curso de Fisioterapia se posicionaram no espaço indicado para aplicação da técnica. A unidade nos disponibilizou 3 salas as quais adaptamos como divã, as cadeiras escolares, de maneira que as idosas eram posicionadas de forma confortável, a executora da técnica posicionava a frente sentada em outra carteira e utilizando o apoio da carteira realiza a massagem nas mãos e depois com os pés apoiados em uma toalha realizavam a massagem nos pés.

A escolha da técnica aconteceu devido: tempo hábil para aplicação da técnica, não requer recursos complexos além das mãos, mapa reflexológico e treino do executor, que facilitar a logística da aplicação. Também traz como positivo, não precisar expor partes íntimas do corpo e geralmente traz relato de bem estar logo na primeira aplicação.

Após a massagem os idosos eram convidados a avaliar, através de pequeno questionário que pontuava de 0 a 10 pontos a ação, marcando em um papel a nota e colocando em uma urna, onde garantia o anonimato da opinião. A participação na atividade não era vinculada a avaliação. Foi informada ao participante que a qualquer momento poderia ser suspensa a atividade sem nenhum constrangimento, caso fosse desagradável sua execução ou ele mudasse de ideia sobre a participação na execução. O participante podia fazer sugestão de outras ações a serem realizadas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 14 unidades de saúde descritas no município, visitamos 06 locais (42%); tivemos um público de 40 (16%) idosos em cada palestras, aproximadamente 250 (100%) pessoas. A cobertura de saúde no município chega em torno de 75%, segundo informações informais obtidas com os profissionais de saúde.

As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos : profissionais de saúde que valorizam a prevenção e a promoção associada a práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais permitindo as oficinas; e a comunidade que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente (FALKENBERG et al., 2014).

Quando o público era muito grande, acima de 40 participantes, limitávamos as atividades de reflexologia após as palestras, para os idosos, isso foi feito devido a indisposição do horário dos participantes. Esta técnica (método) é aplicada nos pés não só porque neles passam os principais canais ou meridianos que conduzem a energia da força vital ou chi (...) existente por todo o corpo humano, mas também porque nos pés os reflexos são estimulados naturalmente por permanecerem muito tempo sob a pressão do peso corpóreo estático ou dinâmico (VENNELLS, 2003) .

Cuidar do idosos com uma abordagem holística, que considera a enfermidade física como apenas uma das numerosas manifestações de um desequilíbrio básico do organismo, onde a cura envolve a interação contínua da mente e do corpo. Discorre sobre o paradigma holístico e propor novos rumos para a saúde, enfatiza a necessidade de se rever os atuais modelos de serviços, de instituições de ensino e de pesquisas em saúde; esta transição para o novo modelo, precisa ocorrer de forma lenta e cuidadosa, por causa do enorme poder simbólico da terapia biomédica em nossa cultura ocidental (CAPRA, 2006).

Na maioria dos locais metade dos participantes da palestras (totalizando 80 idosos), propuseram a esperar pela sessão de que durava em média 30 minutos e foi aplicada pelos acadêmicos do segundo período de massoterapia. Aplicar a teoria na prática é um aprendizado que contribuir para superar os futuros desafios. Este conhecimento explícito pode ser quantificado, modelado, prontamente comunicado e facilmente transposta para diretrizes de conduta clínica baseadas em evidência (NOBRE; BERNARDO; JATENE, 2004) .

Das 80 (32%) respostas disponibilizadas: 27% (pontuaram com nota 10); aproximadamente 3,0% (com nota 9) e 2,0 % (com nota 8). Como sugestão de atividades 70% massagem corporal relaxante; 10% limpeza e hidratação facial; 5% deixaram a critério da organização; 15 % não opinaram.

A massagem nos pés promove ativação da circulação sanguínea, levando ao relaxamento, sensação de bem estar e a capacidade de auto cura. O toque estimula a secreção de endorfinas, além de reduzir a ansiedade e a dor. O estudo constatou que a pulsação, a respiração e a pressão antes da massagem eram mais altas,

proporcionando uma boa circulação, relaxamento e conforto (JIRAINGMONGKOL et al, 2002).

Os estímulos nos pontos reflexos permite a liberação da energia para circular no organismo de forma equilibrada, como consequência a sensação de equilíbrio e bem-estar, fazendo com que o organismo em equilíbrio possa reagir às outras formas dos desequilíbrio orgânico, conceituados como estresse ou doenças (TASHIRO et al, 2001). O desfecho destas alterações biológicas benéficas serem geradas dentro de um período curto de tempo demonstra o potencial desse recurso que permite aprimorar clinicamente fatores relevantes no estado de saúde das pessoas (DIAZ-RODRIGUEZ et al., 2011).

## CONCLUSÃO

Segundo relato dos participantes as atividades realizadas favoreceram o bem estar na tarde e uma maior disposição física e mental com melhora e manutenção da sensação de bom humor; como também uma integração entre eles ,com uma troca de experiências, vivencias, amizades e solidariedade. Acreditamos que este deve ser o foco da intervenção para a prevenção, controle e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis. Aprimorando a educação para saúde dentro dos Postos de Saúde da Família, capacitando todos os membros das equipes de forma tal que cada um seja agente ativo para a transformação de hábitos e costumes dentro das comunidade.

Temos poucos estudos sobre a reflexologia, a maioria relata a que essa técnica tem efeitos benéficos sobre o organismo, o que a torna uma terapia viável e que merece investimento; existe ainda o discurso unânime das pessoas que se submetem a técnica, que , após as sessões sentiram uma sensação de bem estar, relaxamento e alívio de dor ou sensação de mal-estar.

Concluimos que na rede de Atenção Básica, as PICS podem ser ofertadas pelo mesmo profissional que realiza o cuidado convencional aos usuários – apenas torna-se primordial que tenha formação prévia para executá-las – ou por profissional específico para essa oferta do cuidado. Nesse entendimento, ressalta-se a importância da Atenção Primária para fortalecer práticas de promoção da saúde, em especial, das práticas integrativas e complementares em saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília, 2015.

CAPRA, F. . O Ponto de mutação: a ciência a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix.2006.

DIAZ-RODRIGUEZ, L.; ARROYO-MORALES, M.; CANTAREROVILLANUEVA, I.; FÉRNANDEZ-LAO,

C.; POLLEY, M. Uma sessão de Reiki em enfermeiras diagnosticadas com síndrome de Burnout tem efeitos benéficos sobre a concentração de Ig A salivar e a pressão arterial. *Rev latino am enferm-Ribeirão Preto*, 19(5), 1132-1138.2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_10.pdf). Acesso 15 nov.2018.DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-1169-201100050-0010>

FALKENBERG, M.B.; MENDES, T.P.L.; MORAES, E.P.; SOUZA, E.M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva- Rio de Janeiro*, 2014;19(3):847-52. <http://dx.doi.org/10.1590/141381232014193.01572013>.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 4. ed. São Paulo: Atlas,1995.

KUNZ, B. E KUNZ, K. *Reflexologia: como restabelecer o equilíbrio energético*. Editora Pensamento. 10ª Edição. São Paulo. 1997.

JIRAINGMONGKOL, P.; SUPATRA, C.; PHENGCHOMJAN, N.; BHANGGANANDA, N. (2002). The effect of foot massage with biofeedback: A pilot study to enhance health promotion. *Nursing and Health Sciences- Austrália*, 4(3), 1-10.2002. [https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2002.01140\\_9.x](https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2002.01140_9.x).

LEITE, Fernanda C.; ZÂNGARO, Renato A. *Reflexologia : uma técnica terapêutica alternativa IX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e V Encontro Latino Americano de Pós-graduação, Universidade do Vale do Paraíba. Vale do Paraíba: Univap; 2006.*

OMS. Organização Mundial de Saúde. Apresenta texto sobre promoção de saúde. Glossário. Genebra,1998.

RODRIGUES, A. L. L.; DO AMARAL COSTA; C. L. N.; PRATA, M. S.; BATALHA, T. B. S.; NETO, I. D. F. P. Contribuições da extensão universitária na sociedade. *Cadernos de Graduação – Ciências Humanas e Sociais - UNIT*, v.1, n.16, p.141-148, 2013.

SARAIVA, J. L. Papel da extensão universitária na formação de estudantes e professores. *Brasília Médica, Brasília*,v.44, n.3, p.220-5, 2007.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 19, n. 3, p. 839-847, jun. 2003. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300016>.

SIQUEIRA, Samylla Maira Costa et al . Atividades extensionistas, promoção da saúde e desenvolvimento sustentável: experiência de um grupo de pesquisa em enfermagem. *Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro* , v. 21, n. 1, e20170021, 2017 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452017000100701&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100701&lng=en&nrm=iso)>. access on 09 Nov. 2018. Epub Feb 16, 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170021>.

NOBRE, Moacyr Roberto Cuce; BERNARDO, Wanderley Marques; JATENE, Fábio Biscegli. A Prática Clínica Baseada em Evidências. Parte I - Questões Clínicas Bem Construídas. *Rev Bras Reumatol- São Paulo* , v. 44, n . 6, p. 397-402, nov./dez., 2004 . <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302004000100045>.

TASHIRO, M.T.O.; ORLANDI, R.; MARTINS, R.C.T.; SANTOS, E. Novas Tendências Terapêuticas de Enfermagem – Terapias Naturais – Programa de Atendimento. *Rev bras enferm (Online)- Brasília*,, 54(4), 658-67. 2001.Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v54n4/v54n4a15.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672001000400015>.

TAHAN, Jennifer; CARVALHO, Antônio Carlos Duarte de. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. *Saúde soc., São Paulo* , v. 19, n. 4, p. 878- 888, Dec. 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000400014>.

VENNELLS, D. O que é Reflexologia. Tradução – Maria Clara de Biase W. Fernandes. 1ª Edição. Rio de Janeiro. Ed. Record: Nova Era, 2003.

## ADESÃO AO TRATAMENTO COM CPAP/VPAP EM PACIENTES PORTADORES DA SÍNDROME APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

### Jasom Pamato

Fisioterapeuta, Especialista em Fisioterapia em Terapia Intensiva (Balneário Camboriú/ Faculdade Inspirar/ Balneário Camboriú/ Santa Catarina/ Brasil) jasompam@hotmail.com

### Kelser de Souza Kock

Doutor em Ciências Médicas. Professor titular da Universidade do Sul de Santa Catarina (Campus Tubarão-SC/ Brasil) kelserkock@yahoo.com.br

**RESUMO:** Introdução: A síndrome da apneia obstrutiva do sono é considerada um grave problema de saúde pública e, quando não tratado corretamente, pode trazer ao portador várias alterações. O tratamento mais utilizado é a pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP/VPAP) durante o sono. Objetivos: Avaliar a relação da adesão do tratamento de pacientes portadores da SAOS com CPAP à qualidade de vida e sonolência diurna. Metodologia: Estudo transversal, quantitativo e descritivo que avaliou a sonolência diurna, a qualidade de vida, e a adesão ao tratamento. Os participantes foram divididos em dois grupos: boa adesão e má adesão. Ambos os grupos foram comparados entre si relacionado-os a: idade, gênero, IMC, dispositivo, umidificador, nível socioeconômico e IAH. Resultados: Foram verificados 45 pacientes, sendo que 20 indivíduos (44,4%) foram separados para o grupo de má adesão

e 25 pessoas (55,6%) para grupo de boa adesão. Não houve diferença estatística entre as variáveis analisadas. Em análise bivariada por correlação, uma associação significativa ( $p=0,049$ ) foi identificada entre a pressão do CPAP/VPAP e a pontuação na escala de Epworth ( $r=-0,295$ ). Conclusão: Não houve diferença entre adesão ao CPAP/VPAP e sonolência diurna e qualidade de vida. A maior pressão titulada no CPAP parece estar relacionada com uma menor pontuação na escala de Epworth relacionada a sonolência diurna.

**PALAVRAS-CHAVES:** Apneia do Sono Tipo Obstrutiva, Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas, Qualidade de Vida, Sono, Distúrbios do Sono por Sonolência Excessiva.

### ADHERENCE TO CPAP/VPAP TREATMENT IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME

**ABSTRACT:** Introduction: Obstructive sleep apnea syndrome is considered a serious public health problem and, when not treated properly, can bring several changes to the carrier. The most commonly used treatment is continuous positive airway pressure (CPAP / VPAP) during sleep. Objectives: To evaluate the relation of adherence of the treatment of patients with OSAS with CPAP to quality of life and daytime

sleepiness. Methodology: A cross-sectional, quantitative and descriptive study that evaluated daytime sleepiness, quality of life, and adherence to treatment. Participants were divided into two groups: good adherence and poor adherence. Both groups were compared to each other related to: age, gender, BMI, device, humidifier, socioeconomic level and AHI. Results: A total of 45 patients were evaluated, of which 20 (44.4%) were separated for the group of poor adherence and 25 (55.6%) for the good adherence group. There was no statistical difference between the analyzed variables. In a bivariate correlation analysis, a significant association ( $p = 0.049$ ) was identified between the CPAP / VPAP pressure and the Epworth score ( $r = -0.295$ ). Conclusion: There was no difference between CPAP / VPAP adherence and daytime sleepiness and quality of life. The higher titrated pressure in CPAP seems to be related to a lower score on the Epworth scale related to daytime sleepiness.

**KEYWORDS:** Sleep Apnea Obstructive, Continuous Positive Airway Pressure, Quality of Life, Sleep, Disorders of Excessive Somnolence.

## 1 | INTRODUÇÃO

O natural estado de sono de um indivíduo garante ao seu organismo manter a sua integridade física e psíquica. O fato de respirar bem enquanto dorme é de suma importância para obter-se uma boa saúde.<sup>1,2</sup> Computa-se que de 15 a 20% da população adulta apresenta distúrbios respiratórios do sono (DRS), que são caracterizados por padrões respiratórios anormais e/ou diminuição da troca gasosa durante o sono. Entre as crianças essa porcentagem varia de 5 a 10% da população. Destaca-se entre os DRS a hipoventilação, a apneia central do sono e a síndrome apneia obstrutiva do sono (SAOS), sendo a última a mais frequente.<sup>2,3</sup>

Define-se como SAOS a obstrução ou fechamento recorrente das vias aéreas superiores (VAS), podendo ser completa (apneia) ou parcial (hipopneia), durante o sono, num período mínimo de 10 segundos.<sup>1,2,4,5</sup> A SAOS é considerada um grave transtorno de saúde pública por seu forte impacto econômico e seu grande número de casos. Secundariamente traz consigo várias consequências à saúde, levando a população a uma maior procura dos serviços públicos de saúde, a incapacidade ocupacional e ao maior risco de alterações psicológicas.<sup>1,3</sup>

Os principais fatores de risco dessa síndrome noturna são: obesidade; gênero masculino; anatomia craniofacial alterada e; idade superior a 65 anos.<sup>3</sup> Dentre os sintomas mais prevalentes, podemos destacar: sonolência diurna; alterações de humor; capacidade cognitiva diminuída e; capacidade funcional reduzida. Clinicamente, essa síndrome noturna associa-se a alteração na ventilação, fracionamento e redução da qualidade do sono e a graves morbidades secundárias cardiovasculares, metabólicas e neurológicas.<sup>2,5</sup>

Segundo a terceira edição do International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3)<sup>6</sup>, para um indivíduo ser diagnosticado com SAOS, é necessário apresentar sintomas

(sonolência diurna, fadiga, insônia, ronco, desconforto respiratório subjetivo durante o sono ou apneia observada) e/ou sinais clínicos (insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial sistêmica, fibrilação atrial, diabetes, doenças coronarianas, acidente vascular encefálico, disfunção cognitiva ou alteração de humor) associados a cinco ou mais eventos de fechamento das VAS (apneias ou hipopneias) por hora durante a polissonografia (PSG).

A PSG é considerada o padrão-ouro para diagnosticar a SAOS. Ela utiliza como principal parâmetro o índice de apneia e hipopneia (IAH), cuja a finalidade é de registrar a quantidade de apneias e/ou hipopneias (eventos) por hora de sono.<sup>3,4</sup> A SAOS pode ser classificada em três níveis: leve, moderada ou grave. Essa definição se dá pelo IAH, onde caracteriza-se leve quando paciente apresenta de 5 a 15 eventos por hora, moderado quando de 15 a 30 e grave quando maior ou igual a 30 eventos por hora. Indivíduos normais apresentam de 0 a 5 apneias/hipopneias por hora.<sup>3,7</sup> Mesmo sendo um distúrbio comum entre a população, essa doença é considerada pouco diagnosticada, cerca de 75 a 80% dos casos não são identificados e conseqüentemente não tratados.<sup>8</sup>

Em meio às várias opções de tratamento, a pressão positiva nas vias aéreas é considerada altamente eficaz, principalmente nos casos classificados moderado e grave. Entre os dispositivos, o Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) é o mais utilizado, cujo objetivo é manter uma pressão positiva constante tanto na inspiração quanto na expiração. O contato entre o ventilador e o paciente se dá por meio de uma máscara (interface), podendo ser nasal ou facial.<sup>3</sup> A pressão emitida pelo CPAP mantém constantemente as VAS desobstruídas, o que impede a ocorrência de eventos de apneia/hipopneia.<sup>3,5</sup>

A maior dificuldade no tratamento da SAOS com CPAP é a má adesão ao mesmo, tanto a curto quanto a longo prazo. Calcula-se que entre 29 a 83% dos casos não aderem ao tratamento com CPAP. Essa importante barreira levou a criação de vários métodos a fim de promover a boa adesão aos pacientes em tratamento, tais como: titulação ideal; ventiladores adequados, umidificadores, além de programas educacionais e psicológicos.<sup>9</sup> Dentre os principais fatores de má adesão, podem ser citados o tipo de dispositivo (CPAP/VPAP), a máscara aplicada e o uso de fármacos associados. Além disso, o fato de o paciente não usar o CPAP/VPAP por um período maior que 4 horas, ou ficar algumas noites sem usá-lo, favorece a manifestação de alterações neurocomportamentais e sonolência diurna.<sup>10</sup> A condição socioeconômica, o nível de instrução e o estado psicossocial dos pacientes portadores da SAOS também são fatores determinantes para um eficaz tratamento com pressão positiva. Estudos também afirmam que pacientes previamente titulados a altas pressões ( $\geq 12\text{cmH}_2\text{O}$ ) apontam uma maior prevalência a má adesão ao tratamento.<sup>11</sup>

Pesquisas comprovam que a SAOS proporciona um importante aumento na morbidade e mortalidade da população e afeta diretamente a qualidade de vida dos pacientes. Crianças portadoras dessa síndrome apresentam pontuações de qualidade

de vida semelhantes a crianças com alterações, como por exemplo, artrite juvenil. Alguns estudos relatam que cerca de 63% dos pacientes diagnosticados com esse DRS apresentam um quadro de depressão significativo, principalmente pelos eventos de perda de sono, perturbação e alterações cognitivas.<sup>12,13</sup>

Devido a esse evidente obstáculo, este estudo buscou avaliar a relação da adesão do tratamento de pacientes portadores da SAOS com CPAP à qualidade de vida e sonolência diurna.

## 2 | METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa transversal, quantitativa, descritiva. A população do estudo foi composta por moradores das cidades de São José, Palhoça, São Bonifácio e Santo Amaro da Imperatriz/SC, pertencentes ao programa de oxigenoterapia domiciliar disponibilizado pela secretaria de saúde do estado de Santa Catarina, cuja finalidade é atender doentes respiratórios que necessitem de suporte de oxigênio, BIPAP (bi-level positive airway pressure) e/ou CPAP. O período da coleta de dados foi entre os meses de junho e setembro do ano de 2016.

Como critérios de inclusão, consideraram-se aqueles que aceitaram participar da pesquisa e, como exclusão, os indivíduos que possuíam menos de um mês de utilização do CPAP/VPAP.

Os indivíduos participantes dessa pesquisa foram informados sobre o objetivo do estudo e voluntariamente assinaram o termo de consentimento de pesquisas que abrange os seres humanos conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996) do Conselho Nacional de Saúde. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Inspirar (CAAE: 55158816.6.0000.5221).

Para relacionar as variáveis desse estudo, a amostra foi dividida em dois grupos, titulados de boa adesão (G1) e má adesão (G2). O G1 foi definido pelo uso do CPAP/VPAP por pelo menos 70% dos dias desde a instalação até a leitura do cartão de memória e; ter dormido com o dispositivo por no mínimo 4 horas/noite. Para o G2, foram considerados aqueles indivíduos que não cumpriram critério apresentado anteriormente. Esses dados foram colhidos pela leitura do cartão de memória presente em cada dispositivo, inclusive a pressão titulada que o paciente utiliza (cmH<sub>2</sub>O).

As amostras se submeteram a avaliação de altura (metros) e peso (quilogramas) corporal através de uma balança antropométrica com propósito de avaliar o índice de massa corpórea (IMC). Foi coletado entre os pacientes as doenças além da idade de cada indivíduo. O índice de qualidade de vida dos pacientes com apneia do sono (SAQLI) e a escala de sonolência de Epworth (ESE) avaliaram respectivamente a qualidade de vida e o grau de sonolência diurna das amostras em análise. Para fins de avaliação socioeconômica dos pacientes, foi utilizado o questionário critério Brasil<sup>14</sup>, que avalia o poder aquisitivo da família com referência no número de posses de bens

de consumo duradouro, nível de instrução do representante da família além de outros pontos como água encanada e pavimentação da via de acesso. Esse questionário distribuiu a população em sete classes sociais (A1, A2, B1, B2, C, D e E), sendo A1 os indivíduos com maior renda e, classe E os de menor renda.

Sobre o dispositivo e seus acessórios, foi identificado o tipo de máscara (nasal, almofadas ou facial), se possuía umidificador (modelo umidificador H5i - Resmed) e, se utiliza CPAP (S9 Elite – Resmed) ou VPAP (S9 VPAP S – Resmed).

Os dados foram armazenados em um banco de dados criado com o auxílio do software Excell®, o qual foi exportado para o software SPSS 20.0®. Os dados foram demonstrados por meio de números absolutos e percentuais, medidas de tendência central e dispersão. Para comparação dos grupos BA e MA utilizou-se os testes de Mann-Whitney ou qui-quadrado, dependendo do tipo de variável, ambos com intervalo de confiança de 95% e com nível de significância estatística de 5%. Foi realizada a correlação de Pearson entre a pressão utilizada no CPAP e o grau de sonolência diurna.

### 3 | RESULTADOS

Foram avaliados 45 indivíduos, sendo 23 do gênero masculino e 22 do gênero feminino. A média ( $\pm$ DP) da idade dos participantes foi de 61,8 ( $\pm$ 10,2) anos. O IMC apresentou uma média ( $\pm$ DP) de 35,0 ( $\pm$ 7,5). Dentre as patologias referidas pelos pacientes, as mais comuns foram hipertensão arterial sistêmica, presente em cerca de 82% da amostra, e diabetes, cuja a porcentagem foi de aproximadamente 33%. Os aparelhos terapêuticamente utilizados foram o CPAP S9 e VPAP S9, ambos da marca Resmed. Entre os participantes da pesquisa, 89% faziam uso do CPAP, e apenas 11% do VPAP. Foram identificados também que apenas 19 dos 45 pacientes possuíam umidificador. Os demais resultados podem ser observados na tabela 1.

	Média $\pm$ DP	n(%)
<b>Idade</b>	61,8 $\pm$ 10,2	
<b>Sexo</b>		
<b>Masculino</b>		23(51,1%)
<b>Feminino</b>		22 (48,9%)
<b>Aparelhos</b>		
<b>CPAP S9</b>		40 (88,9%)
<b>VPAP S9</b>		5 (11,1%)
<b>Umidificador</b>		
<b>Não</b>		26 (57,8%)
<b>Sim</b>		19 (42,2%)
<b>IMC</b>	35,0 $\pm$ 7,5	
<b>Escala de Epworth</b>	9,9 $\pm$ 5,1	
<b>CCEB</b>	30,0 $\pm$ 9,3	
<b>SAQLI</b>	219,9 $\pm$ 41,1	

<b>Qtd. de Dias Utilizados <math>\geq</math>4hrs/Totalidade de Dias (%)</b>	65,6 $\pm$ 30,6
<b>Média de Horas/Dia</b>	5,1 $\pm$ 2,5
<b>IAH</b>	1,9 $\pm$ 1,3

Tabela 1 – Características da amostra

CPAP: Continue positive air pressure; VPAP: Variable positive airway pressure; IMC: Índice de massa corporal; CCEB: Critério de classificação econômica Brasil; SAQLI: Sleep apnea quality of life index; IAH: Índice de apneia-hipopneia.

Na comparação entre os grupos, 20 apresentaram má adesão (Grupo 1) à terapia, e 25 tinham uma boa adesão (Grupo 2). Os integrantes do Grupo 2, composto por 55,6% da amostra, faziam uso do ventilador superior a 70% da quantidade de episódios utilizados mais de 4 horas por totalidade de dias, e apresentava uma idade média ( $\pm$ DP) de 63,6 ( $\pm$ 10,0). Em contrapartida, o Grupo 1, formado por 44,4% do total de participantes, tinha uma idade média ( $\pm$ DP) de 59,6 ( $\pm$ 10,3). No entanto, não houve diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,283$ ).

Com relação ao gênero, não foi encontrada diferença entre os grupos ( $p = 0,463$ ), bem como a relação entre adesão e IMC ( $p = 0,157$ ).

Em análise de relação entre o IAH e a adesão ao tratamento, também não foi possível comprovar diferença significativa ( $p = 0,391$ ), visto que o grupo de má adesão apresentou uma média de 1,6 ( $\pm$ 1,1), e o outro grupo de 2,1 ( $\pm$ 1,4).

A média ( $\pm$ DP) da Escala de Epworth foi de 9,8 ( $\pm$ 4,8) para o Grupo 1, e 10,0 ( $\pm$ 5,5) para o Grupo 2, apresentando nível de significância ( $p = 0,963$ ) neste comparação.

Semelhantemente ao caso supracitado, não foi demonstrada diferença entre adesão e qualidade de vida ( $p = 0,293$ ), visto ter exibido uma média ( $\pm$ DP) de 213,1 ( $\pm$ 31,1) para o Grupo 1, e 225,3 ( $\pm$ 41,1) para o Grupo 2.

A utilização do umidificador para essa terapia foi estudada também a fim de comprovar relação com a adesão do paciente, porém, estatisticamente, não apresentou diferença ( $p = 0,380$ ).

A média do nível socioeconômico dos participantes classificou-os como B2, ou seja, uma renda média domiciliar de R\$4.427,36. Na relação à adesão, o Grupo 1 apresentou uma média de 32,2 ( $\pm$ 10,5), e o Grupo 2 de 28,3 ( $\pm$ 8,1). Assim como nas comparações anteriores, não foi encontrada diferença estatística ( $p = 0,234$ ). A tabela 2 apresenta a comparação entre os grupos.

	<b>Grupo Má Adesão (1)</b> <b>N=20 (44,4%)</b> <b>Média<math>\pm</math>DP</b>	<b>Grupo Boa Adesão (2)</b> <b>N=25 (55,6%)</b> <b>Média<math>\pm</math>DP</b>	<b>P</b>
<b>Sexo*</b>			
<b>Masculino</b>	9 (45%)	14 (56%)	0,463
<b>Feminino</b>	11 (55%)	11 (44%)	
<b>Umidificador*</b>			
<b>Não</b>	13 (65%)	13 (52%)	0,380
<b>Sim</b>	7 (35%)	12 (48%)	

IMC	36,6±6,8	33,8±7,9	0,157
Idade	59,6±10,3	63,6±10,0	0,283
Escala de Epworth	9,8±4,8	10,0±5,5	0,963
CCEB	32,2±10,5	28,3±8,1	0,234
SAQLI	213,1±31,1	225,3±41,1	0,293
IAH	1,6±1,1	2,1±1,4	0,391

Tabela 2 – Comparação entre os grupos má adesão e boa adesão

IMC: Índice de massa corporal; CCEB: Critério de classificação econômica Brasil; SAQLI: Sleep apnea quality of life index; IAH: Índice de apneia-hipopneia.

Na análise bivariada por correlação, foi encontrada uma associação significativa ( $p=0,049$ ) entre a pressão titulada no CPAP e a pontuação na escala de Epworth ( $r=-0,295$ ), demonstrando que a maior pressão utilizada está relacionada à menor sonolência diurna (Figura 1).

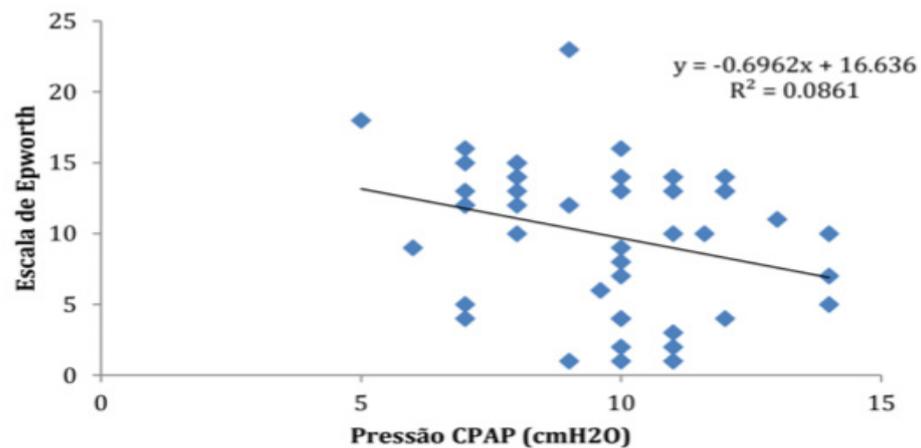


Figura 1 – Correlação entre pressão no CPAP e pontuação na escala de Epworth

#### 4 | DISCUSSÃO

No presente estudo, pouco menos da metade dos pacientes foram definidos como bem aderidos. Tratando-se de um importante problema de saúde pública, é de suma importância que o tratamento da SAOS seja bem realizado e acompanhado. Em função disso, um estudo retrospectivo finalizado em 2013<sup>11</sup>, buscou avaliar 156 indivíduos portadores dessa síndrome, dividindo-os em 2 grupos, boa e má adesão. O critério utilizado na divisão dos grupos para boa adesão foi: média de uso maior ou igual a 4 horas por noite. Já o grupo de má adesão foi definido pelos participantes que tivessem uma média inferior a 4 horas por noite. Os grupos foram relacionados às seguintes variáveis: sexo; idade; IMC e; doenças associadas. Além disso, o mesmo estudo buscou comparar entre si, idade, IAH, diagnóstico e pressão deferida do CPAP. Ao final do estudo, foi possível acompanhar que cerca de 52,5% dos indivíduos avaliados se adequaram ao grupo de boa adesão ao tratamento com CPAP. Este

resultado encontrado foi um pouco maior, mas muito próximo ao do presente estudo, demonstrando que adesão é realmente um problema na utilização do CPAP.

A síndrome da apneia obstrutiva do sono traz aos portadores alterações importantes em seu estado físico e psíquico. Indivíduos que dormem menos de 6 horas por noite possuem maior probabilidade de apresentarem doenças associadas tais como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes (DM) e obesidade, aumentando os riscos de mortalidade<sup>15</sup>. Nesse atual estudo, foi possível observar essa prevalência, visto que, dos 45 pacientes participantes da pesquisa, 37 tinham HAS e 15 DM, além de outras morbidades.

Zanuto et al.<sup>16</sup> realizou um estudo descritivo no segundo semestre de 2012, cujo objetivo foi de avaliar a ocorrência de adultos com distúrbios do sono em uma cidade de São Paulo, identificando sua relação com níveis comportamentais, sociodemográficos e nutricionais. Participaram da pesquisa 743 indivíduos, de ambos os gêneros, com faixa etária acima de 18 anos de idade. Foram aplicados questionários para analisar a qualidade do sono e a prática de exercícios físicos nos momentos de lazer além do registro de variáveis comportamentais e sociodemográficas. Ao final do levantamento, dentre os resultados apresentados, foi possível observar que a idade média ( $\pm$ DP) dos participantes era de 49,9 ( $\pm$ 17,3) anos. Em análise ao presente estudo, observou-se que a idade média dos pacientes era superior a 60 anos, contudo, assim como na pesquisa citada anteriormente, não houve associação significativa com qualquer variável.

Billings et al.<sup>17</sup>, realizou um estudo envolvendo 191 indivíduos com o intuito de comprovar que fatores sociais como raça, educação e nível socioeconômico possui relação com a adesão ao tratamento com CPAP. Os sujeitos participantes deveriam ter apneia do sono de moderada a grave, somados à circunferência do pescoço, HAS, pontuação da ESE de pelo menos 12, ronco habitual e testemunhas que relatassem eventos de asfixia e/ou apneias. Foi utilizado entre os participantes, o SES (Socioeconomic Status), que avalia o nível socioeconômico dos indivíduos através de uma combinação de educação, renda e ocupação. O resultado dessa pesquisa não comprovou cientificamente uma relação entre a adesão ao tratamento e o seu nível socioeconômico, citando dificuldades com relação ao instrumento de pesquisa utilizado. Esse estudo corrobora com a atual pesquisa, visto que essa não apresentou relação de nível socioeconômico e adesão no tratamento proposto.

Um estudo realizado entre 2004 e 2006<sup>18</sup>, em 14 unidades de ensino hospitalares, buscou avaliar a ação do tratamento com CPAP sobre a incidência de HAS e eventos cardiovasculares em pacientes com SAOS. Essa pesquisa randomizada teve a participação de 357 pacientes que apresentavam idades entre 18 e 70 anos, classificados com SAOS moderada a severa (IAH  $\geq$ 20) e que alcançavam uma pontuação menor que 11 na escala de sonolência de Epworth (ESE). Essas amostras foram submetidas ao tratamento com CPAP, sendo 87,7% do gênero masculino, e o restante do gênero feminino. O protocolo de avaliação proposto incluía avaliação

antropométrica e clínica, consumo de fumo e álcool, hemograma em jejum, análise de sonolência pela escala de sonolência de Epworth, uso de fármacos cardiovasculares e aferimento da pressão arterial, dados que foram coletados antes do estudo do sono. Todos os pacientes foram submetidos a polissonografia e, pós diagnóstico, a um exame de titulação de pressão. Em seguida, os participantes foram orientados sobre o uso do dispositivo diariamente, passando por avaliação nos 3º, 6º e 12º mês por ano. A cada avaliação, os pacientes eram reorientados sobre o uso do ventilador e seus dispositivos eram analisados com relação às horas de uso. A adesão ao tratamento e as variáveis influenciáveis eram o foco do estudo, sendo que, a boa adesão era definida como o uso médio de 4 horas por noite e, a má adesão como utilização menor que 4 horas por noite. Ao final da pesquisa, 230 pacientes entraram na classificação de boa adesão, contra 127 participantes que faziam uso do CPAP menos de 4 horas por noite. Desses classificados no grupo de má adesão, 101 indivíduos finalizaram o estudo, e 26 desistiram. Diante da associação dos grupos com as variáveis, foi possível observar principalmente uma relação significativa do IMC e IAH, ou seja, quanto maior os índices, melhor a adesão do paciente. Essa pesquisa não corrobora com o presente estudo, visto que essas variáveis apresentadas acima não demonstraram relação direta com a adesão do paciente, possivelmente por haver poucos participantes, e pelo baixo IAH exibido entre as amostras.

Em uma revisão sistemática realizada entre os anos de 1990 e 2015, Dutt et al.<sup>19</sup> definiu como qualidade de vida um indivíduo que se sente feliz em viver, produtiva e significativamente livre de qualquer doença e/ou impacto da mesma. Nessa revisão, os autores comentaram sobre os questionários de mensuração de qualidade de vida generalizados e específicos para portadores de SAOS. Dentre os instrumentos exibidos na pesquisa, foi ressaltado o SAQLI, o mesmo utilizado no presente estudo, comentando que tinha uma boa validade do conteúdo e conjunto de provas de qualidade, além de um grande número de itens para avaliação. Um grande estudo foi realizado envolvendo 19.711 participantes onde, 5.161 pessoas apresentavam distúrbio no sono, e 14.550 pessoas sem alteração. Foi evidenciado que os indivíduos que não tinham distúrbios apresentavam uma melhor qualidade de vida do que os que possuíam. O presente estudo não corrobora a pesquisa citada anteriormente por não conseguir comprovar diferença estatística na relação entre a adesão do paciente ao tratamento com CPAP/VPAP e o SAQLI, dispostamente devido ao baixo número de amostras (CHASENS et al., apud BOLGE et al., 2009, p.415-22)<sup>20</sup>.

Um estudo realizado em Bogotá<sup>21</sup>, na Colômbia, buscou estabelecer a adesão e seus fatores no tratamento com CPAP em portadores de SAOS. Foram avaliados 160 pacientes, sendo levantadas as seguintes variáveis: idade, IMC, IAH, pressão deferida, tempo de utilização, além da aplicação da escala de sonolência de Epworth. Dentre os resultados apresentados nessa pesquisa, não foi possível comprovar relação significativa entre IMC e a adesão ao tratamento. Esse estudo corrobora com a atual pesquisa, visto que a mesma não pode comprovar essa mesma relação.

Jurado-Gómez et al.<sup>22</sup> efetuou um estudo quase experimental com uma avaliação pós-tratamento, tendo 60 indivíduos como amostra, sendo 30 pacientes diagnosticados com SAOS e tratados com CPAP, e 30 pessoas sem SAOS no grupo controle. A amostragem era composta por 45 homens e 15 mulheres, com idades entre 25 e 65 anos, e apresentou uma média ( $\pm$ DP) do IMC de 29,83 ( $\pm$  5,60). Os participantes eram submetidos a um questionário com pontos de avaliação sociodemográficos e dados sobre o quadro clínico e sintomas subjetivos do mesmo. Além disso, os indivíduos envolvidos foram avaliados neuropsicologicamente utilizando a ESE, a fim de medir sonolência diurna, e o índice de qualidade do sono de Pittsburgh, para avaliação da qualidade do mesmo. Uma avaliação com polissonografia foi realizada 4 semanas pós início do tratamento. Ao final do estudo, foi possível comprovar significativamente uma diferença de gênero e IMC entre os participantes, porém, com relação ao ESE, ambos os grupos obtiveram scores semelhantes. Assim como o estudo citado acima, não foi possível observar na pesquisa atual, uma relação estatística entre a pontuação do ESE, e a aderência dos pacientes ao tratamento com pressão positiva.

No presente trabalho foi observado uma relação inversa entre a pressão do CPAP e o nível de sonolência diurna, avaliada pela escala de Epworth. Um estudo realizado por Lee et al.<sup>23</sup>, buscou desenvolver uma pressão ideal para portadores de SAOS asiáticos e, comparar com a fórmula de Hoffstein, método usado para definir a pressão a ser utilizada em CPAP para pacientes de cor branca. Participaram dessa pesquisa 356 indivíduos coreanos, com idade igual ou superior a 18 anos, sendo que todos apresentavam IAHI  $\geq$  5 eventos por hora. Randomicamente, os participantes foram divididos em dois grupos. Entre os grupos, não houve diferença significativa sobre gênero, circunferência do pescoço, IMC, ESE, polissonografia, AHI, porém, em análise univariada do grupo 1, foi possível comprovar estatisticamente, dentre outros, a associação entre a pressão titulada e o score da ESE.

## 5 | CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados nessa pesquisa, pode-se concluir que não houve diferença entre adesão ao tratamento com CPAP/VPAP e a qualidade de vida e sonolência diurna em portadores de SAOS. O reduzido número de participantes e o baixo IAHI pode ter sido um fator determinante para essas conclusões. Foi encontrada uma relação inversa entre a pressão titulada no CPAP e a pontuação na escala de Epworth, observando-se que quanto maior a pressão deferida, menor a sonolência diurna.

## REFERÊNCIAS

1 NASCIMENTO, Aliny P.; PASSOS, Vivian M. M.; PEDROSA, Rodrigo P.; SANTOS, Maria do S. B.; BARROS, Isly M. L.; COSTA, Laura O. B. F.; SANTOS, Amilton da C.; LIMA, Anna M. J. Qualidade do

sono e tolerância ao esforço em portadores de apneia obstrutiva do sono. **Rev Bras Med Esporte**, Pernambuco, v.20, n.2, p.115-8, mar/abr. 2014.

2 ASSOBRAFIR Ciência, ISSN 2177-9333, 2015, São Paulo. **Anais**. São Paulo: ASSOBRAFIR, p.7-9, 2015.

3 NERBASS, Flávia B.; PICCIN, Vivien S.; PERUCHI, Bruno B.; MORTARI, Daiana M.; YKEDA, Daisy S.; MESQUITA, Fabrício O. S. Atuação da fisioterapia no tratamento dos distúrbios respiratórios do sono. **ASSOBRAFIR Ciência**, São Paulo, v.6, n.2, p.13-30, ago. 2015.

4 ANDRADE, Rafaela G. S.; PICCIN, Vivien S.; NASCIMENTO, Juliana A.; VIANA, Fernanda M. L.; GENTA, Pedro R.; LORENZI-FILHO, Geraldo. O impacto do tipo de máscara na eficácia e na adesão ao tratamento com pressão positiva contínua nas vias aéreas da apneia obstrutiva do sono. **J Bras Pneumol.**, São Paulo, v.40, n.6, p.658-68, 08 mai. 2014.

5 WEAVER, Terri E.; SAWYER, Amy M. Adherence to continuous positive airway pressure treatment for obstructive sleep apnoea: implications for future interventions. **Indian J Med Res** **131**, Philadelphia, 22 jan. 2009. p245-58.

6 SATEIA, Michael J. International Classification of Sleep Disorders-Third Edition: Highlights and Modifications. **Chest**, Hanover, v.146, n.5, p.1387-94, 03 mar. 2016.

7 FONSECA, Maria I. P.; PEREIRA, Telmo; CASEIRO, Paulo. Mortalidade e Incapacidade em Pacientes com Apneia do Sono - Uma Metanálise. **Arq Bras Cardiol**, Coimbra, 22 ago. 2014.

8 AURORA, R. Nisha; COLLOP, Nancy A.; JACOBOWITZ, Ofer; THOMAS, Sherene M.; QUAN, Stuart F.; ARONSKY, Amy J. Quality measures for the care of adult patients with obstructive sleep apnea. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, Baltimore, v.11, n.3, p.357-83, jan. 2015.

9 LA PIANA, Giuseppe E.; SCARTABELLATI, Alessandro; CHIESA, Lodovico; RONCHI, Luca; RAIMONDI, Paola; CARRO, Miriam A.; ZIBETTI, Silvia; AIOLFI, Stefano. Long-term adherence to CPAP treatment in patients with obstructive sleep apnea: importance of educational program. **Dove Medical Press**, Santa Marta, v.5, p.555-62, 03 nov. 2011.

10 WEAVER, Terri E.; GRUNSTEIN, Ronald R. Adherence to continuous positive airway pressure therapy: the challenge to effective treatment. **Proceedings of The American Thoracic Society**, Philadelphia, v.5, 30 nov. 2007.

11 QUEIROZ, Danielle L. C.; YUI, Mariane S.; BRAGA, Andréa A.; COELHO, Mariana L.; KÜPPER, Daniel S.; SANDER, Heidi H.; ALMEIDA, Leila A.; FERNANDES, Regina M. F.; ECKELI, Alan L.; VALERA, Fabiana C. P. Adherence of obstructive sleep apnea syndrome patients to continuous positive airway pressure in a public service. **Braz J Otorhinolaryngol**, São Paulo, v.80, n.2, p.126-30, 10 nov. 2013.

12 GARETZ, Susan L.; MITCHELL, Ron B.; PARKER, Portia D.; MOORE, René H.; ROSEN, Carol L.; GIORDANI, Bruno; MUZUMDAR, Hiren; PARUTHI, Shalini; ELDEN, Lisa; WILLGING, Paul; BEEBE, Dean W.; MARCUS, Carole L.; CHERVIN, Ronald D.; REDLINE, Susan. Quality of life and obstructive sleep apnea symptoms after pediatric adenotonsillectomy. **Pediatrics**, v.135, n.2, p.477-86, fev. 2015.

13 POVITZ, Marcus; BOLO, Carmelle E.; HEITMAN, Steven J.; TSAI, Willis H. WANG, JianLi; JAMES, Matthew T. Effect of treatment of obstructive sleep apnea on depressive symptoms: systematic review and meta-analysis. **PLOS Medicine**, Sydney, v.11, n.11, p.1-13, 25 nov. 2014.

14 ARAGÃO, Júlio. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**, Volta Redonda, ano 3, n.6, p.59-62, ago. 2011.

- 15 BILLINGS, Martha E.; ROSEN, Carol L.; WANG, Rui; AUCKLEY, Dennis; BENCA, Ruth; FOLDVARY-SCHAEFER, Nancy; IBER, Conrad; ZEE, Phyllis; REDLINE, Susan; KAPUR, Vishesh K. Race, CPAP adherence and sleep duration: is the relationship between race and continuous positive airway pressure adherence mediated by sleep duration? **Sleep**, Seattle, v.36,n.2,p.221-27, 2013.
- 16 ZANUTO, Everton A. C.; LIMA, Manoel C. S.; ARAÚJO, Rafael G.; SILVA, Eduardo P.; ANZOLIN, Caroline C.; ARAÚJO, Monique Y. C.; CODOGNO, Jamile S.; CHRISTOFARO, Diego G. D.; FERNANDES, Rômulo A. Distúrbios do sono em adultos de uma cidade do estado de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**, v.18,n.1, p.42-53, jan./mar. 2015.
- 17 FELDEN, Érico P. G.; LEITE, Carina R.; REBELATTO, Cleber F.; ANDRADE, Rubian D.; BELTRAME, Thais S. Sono em adolescentes de diferentes níveis socioeconômicos: revisão sistemática. **Rev Paul Pediatr.**, Florianópolis, v.33,n.4, p.467-73, 18 jan. 2015.
- 18 RODRIGUEZ, Francisco C.; ALONSO, Montserrat M.; DE LA TORRE, Manuel S.; BARBE, Ferran. Long-term adherence to continuous positive airway pressure therapy in non-sleepy sleep apnea patients. Catalonia, **Sleep Medicine** 17, v.7,n038, p.1–6. out. 2015.
- 19 DUTT, Naveen; CHAUDHRY, Kirti; CHAUHAN, Nishant Kumar; KUWAL, Ashok; SAINI, Lokesh Kumar; PUROHIT, Swetabh; KUMAR, Sunil. health related quality of life in adult obstructive sleep apnea. **J Sleep Disord Ther**, Jodhpur, v.5,n.2, p.1-7, 22 fev. 2016.
- 20 CHASENS, Eileen R.; LUYSTER, Faith S. Effect of sleep disturbances on quality of life, diabetes self-care behavior, and patient-reported outcomes. **Diabetes Spectrum Journals**, Pittsburgh, v.29, n.1, p.20-3, 2016.
- 21 BAZURTO, María A.; HERRERA, Karen; VARGAS, Leslie; DUEÑAS, Élida; GARCÍA, Mauricio G. Factores subjetivos asociados a la no adherencia a la CPAP en pacientes con síndrome de apnea hipopnea de sueño. **Acta Médica Colombiana**, Bogotá, v.38, n.2, p.71-5, 07 mai. 2013.
- 22 JURÁDO-GÁMEZ, Bernabé; GUGLIELMI, Ottavia; GUDE, Francisco; BUELA-CASAL, Gualberto. Effects of continuous positive airway pressure treatment on cognitive functions in patients with severe obstructive sleep apnoea. **Neurología**, Córdoba, v.31,n.5, p.311-18, 26 mai. 2016.
- 23 LEE, Gha H.; KIM, Min J.; LEE, Eun M.; KIM, Cheon S.; LEE, Sang A. Prediction of optimal CPAP pressure and validation of an equation for asian patients with obstructive sleep apnea. **Respiratory Care**, Seoul, v.58,n5, p.810-15, mai. 2013.

## AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL E A INTENÇÃO EM REALIZAR CIRURGIAS PLÁSTICAS EM UMA POPULAÇÃO DE UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE

**João Vitor Moraes Pithon Napoli**  
**Vitor Vilano de Salvo**  
**José Vinicius Silva Martins**  
**Edgar da Silva Neto**  
**Gabriel Stecca Canicoba**  
**Monique pinto saraiva de oliveira**  
**Lavinia Maria Moraes Pithon Napoli**

**RESUMO: Introdução:** A exposição pessoal pela popularização das mídias sociais gerou uma maior autoavaliação e a consequente busca pela aparência ideal. Dessa forma, a motivação de utilizar métodos cirúrgicos para melhora da aparência física cresce exponencialmente. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana, conforme definido na resolução CNS 466/12, via online pela Plataforma Brasil com o número CAAE 59154416.0.0000.5511. A casuística foi formada por 50 alunos da Universidade Nove de julho, do Campus Vergueiro -SP. O primeiro questionário foi “Body Shape Questionnaire” (BSQ), 34 perguntas foram respondidas quanto a sua percepção corporal. O segundo questionário foi o da “Escala de Investimento Corporal” (EIC). Neste foram respondidas perguntas quanto a preocupação e investimento em seu corpo. Os participantes responderam, também, um questionário extra sobre qual

o interesse em realizar uma cirurgia plástica durante o ano, no próximo e em cinco anos, nomeado como “questionário de interesse em cirurgias plásticas futuras” (QICPF). **Resultado:** O BSQ médio foi de 98,04. O interesse em realizar futuras cirurgias plásticas (de 0 a 15) foi de 7,88. A média do EIC foi de 91 (considerado moderado) O peso médio foi 60 Kg e o IMC médio foi de 22,62 sendo o maior 29,9 e o menor 19,1. **Conclusão:** Os resultados sugerem que a medida em que o IMC se eleva, aumenta-se também a insatisfação corporal. A maior parte dos voluntários era eutrófico (IMC de 18,5 - 24,5). A EIC demonstrou que quanto maior o investimento corporal menor o interesse em realizar cirurgias. A pesquisa também apontou para o fato preocupante de mulheres com peso adequado para a estatura desejarem pesos ainda menores, devido ao potencial para transtornos alimentares e transtorno dismórficos corporal.

### EVALUATION OF BODY IMAGE AND THE INTENTION OF UNDERGOING TO PLASTIC SURGERIES IN A POPULATION OF MEDICAL E DENTAL STUDENTS

**ABSTRACT: Introduction:** Personal exposure due to popularization of social media has created a greater self-assessment and consequent

search for the ideal appearance. Thus, the motivation to use surgical methods to improve physical appearance grows exponentially. **Methods:** This is a qualitative study that was approved by the Ethics Committee in Human Research, as defined in resolution CNS 466/12, via online by Plataforma Brasil number CAAE 59154416.0.0000.5511. The sample consisted of 50 students from the University Nove de Julho, Campus Vergueiro -SP. The first questionnaire was “Body Shape Questionnaire” (BSQ), 34 questions were answered regarding their body perception. The second questionnaire was the “Body Investment Scale” (EIC) regarding worry and investment in your body. Participants also answered an additional questionnaire about their interest in performing plastic surgery during the current year, next year and during the following five years, named as a “questionnaire of interest in future plastic surgeries” (QICPF). **Result:** The average BSQ was 98.04. The interest in performing future plastic surgeries (from 0 to 15) was 7.88. The mean EIC was 91 (considered moderate). The mean weight was 60 kg and the mean BMI was 22.62, the highest being 29.9 and the lowest was 19.1. **Conclusion:** The results suggest that as BMI increases, body dissatisfaction increases. Most of the volunteers were eutrophic (BMI of 18.5 - 24.5). The EIC has shown that the higher the body investment the lower the interest in performing surgeries. The research also pointed to the troubling fact of women of adequate weight for height desiring even smaller weights, due to the potential for eating disorders and body dysmorphic disorder.

## INTRODUÇÃO

O conceito de “imagem corporal” como um fenômeno psicológico foi inicialmente descrito em 1935 pelo escritor alemão Schilder como sendo a imagem que nós temos de nosso corpo em nossa mente. O que pode explicar uma forma que o nosso corpo é apresentado a nós mesmos<sup>1, 2</sup>.

Alterações na imagem corporal podem ser encontradas tanto em distúrbios neurológicos quanto psiquiátricos fazendo parte do DSM V em doenças como: anorexia, depressão, bulimia, entre outras<sup>3-4</sup>. Muitos autores reconhecem a pressão cultural e social das mídias modernas como mecanismo de impulsão e imposição para a manutenção de um corpo tido como “ideal” (magro, esbelto e sarado)<sup>5-6</sup>, afirmando que até mesmo a percepção da forma corporal pode ser distorcida, levando a estados patológicos de anorexia ou bulimia<sup>7</sup>, como também tem grande influência no crescimento do número de cirurgias plásticas<sup>8</sup>.

Insatisfação com a aparência do corpo é considerada particularmente mais frequente em mulheres jovens. Porém, estudos mostram que homens estão cada vez mais excessivamente preocupados com a imagem dos seus corpos<sup>9-10</sup>.

Existem diversos estudos utilizando casuísticas exclusivas de pessoas que estão insatisfeitas com a sua imagem corporal, e este sentimento pode ser quantificado por meio de diferentes questionários, como por exemplo, a “Body Investment Scale” (BIS) ou a “Escala de Investimento Corporal” (EIC)<sup>7</sup> e o “Body Shape Questionnaire”

(BSQ)<sup>1,11,12</sup>. Com base nesta quantificação da imagem corporal, pode-se avaliar o interesse de uma pessoa em realizar uma cirurgia plástica.

Em 2013, foi conduzida uma pesquisa acerca do número de cirurgias plásticas realizadas em diversos países, que apontou o Brasil como o primeiro colocado no ranking mundial. Este fato pode ser atribuído ao clima tropical do país, onde os corpos encontram-se mais expostos. Pode-se ainda acrescentar como justificativa a facilidade de pagamento desses procedimentos estéticos, a ascensão de algumas classes sociais e ao sucesso de cirurgiões plásticos brasileiros internacionalmente<sup>11</sup>.

Em relação a essa grande ascensão da cirurgia plástica como reparadora de contornos corporais, de anormalidades estéticas ou para satisfação da beleza<sup>13</sup> acredita-se que os questionários de imagem corporal podem auxiliar os cirurgiões a entender as pretensões dos pacientes quanto a futuros procedimentos estéticos<sup>7</sup>.

## OBJETIVO

### 1. Objetivos Gerais

Analisar as diferenças de avaliação corporal através dos questionários da “Escala de Investimento Corporal” e do “Body Shape Questionnaire”. Quantificar a intenção de realizar algum procedimento estético por meio do “questionário de interesse em cirurgias plásticas futuras” (QICPF) nas populações de alunos de medicina e odontologia da Universidade Nove de julho – UNINOVE.

### 2. Objetivos Específicos

- Avaliar diferenças quantitativas e qualitativas entre os dois questionários.
- Avaliar diferenças de imagem corporal entre os alunos avaliados.

## MÉTODOS

### Casuística e Métodos:

#### *1. Aspectos Éticos*

Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana, conforme definido na resolução CNS 466/12, via online pela Plataforma Brasil com o número CAAE 59154416.0.0000.5511 .

Foi distribuído Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em pesquisa clínica.

#### *2. Local do Estudo e População*

A casuística foi formada por 50 alunos dos cursos de medicina e odontologia, da Universidade Nove de julho – UNINOVE, do Campus Vergueiro, localizada na Rua Vergueiro, 235, Liberdade, São Paulo- SP.

Como critérios de inclusão, todos foram voluntários e estavam cursando entre o primeiro e o quarto ano de seu curso, da faixa etária de 18 a 40 anos, de ambos os sexos e de todas as etnias, que realizaram ou não cirurgias plásticas prévias.

### *3. Aplicação do Questionário*

O termo de consentimento para participação em pesquisa clínica (TCLE) foi apresentado e assinado em duas vias pelos voluntários.

Em seguida, foi explicada a forma de preencher os três questionários, que foram aplicados nas salas de aula dos alunos e todos os realizaram sozinhos, pois eram autoaplicáveis.

O primeiro questionário foi o “Body Shape Questionnaire” (BSQ), 34 perguntas respondidas quanto a sua percepção corporal quantificado pela frequência de cada pergunta, sendo 1 nunca e 6 sempre, ele era autoexplicativo e pôde ser realizado entre três e dez minutos. O segundo questionário foi a “Escala de Investimento Corporal” (BIS). Neste foram respondidas 24 perguntas quanto a preocupação e investimento em seu corpo com a mesma quantificação de 1 a 6 do BSQ. Este teste também era autoexplicativo e pôde ser realizado entre três e oito minutos.

Além dos dois questionários os participantes responderam um questionário extra sobre qual o interesse (de 0 a 5, sendo zero nenhum interesse e 5 muito interesse) em realizar uma cirurgia plástica no decorrente ano, no próximo e em cinco anos, que foi nomeado como “questionário de interesse em cirurgias plásticas futuras” (QICPF)

### *4. Análise Estatística*

As análises estatísticas descritivas das variáveis estudadas foram calculadas por meio de medidas de tendência central (média) e dispersão (valor mínimo e máximo, e desvio padrão) para idade, IMC, BQS, BIS e testes *t* para as variáveis quantitativas. Além disso foi relacionado também com questionário extra de interesse em cirurgias plásticas futuras.

## **RESULTADOS**

Foram entrevistados 50 voluntários dos cursos de medicina e odontologia, apresentavam em média 20,9 anos de idade, sendo o mais novo com 18 anos e o mais velho com 35 anos (Gráfico 1).



O peso médio foi de 60 kg, entre 48 kg e 75 kg; e a altura média foi de 1,63 m, de 1,80 m a 1,50; o IMC médio foi de 22,62 sendo o maior 29,9 e o menor 19,1, a maior parte dos voluntários era eutrófico (IMC de 18,5 - 24,5) com 79,5%, apenas 2,2% estavam com baixo peso (>18,5) e 18,8% apresentaram sobrepeso (25 -29,9).

Número de voluntários	Idade	Peso	Altura	IMC	BSQ	EIC	Interesse em CP	Satisfação corporal
50	20,9 (18 – 35)	60 (48 – 75)	1,63 (1,5- 1,8)	>18,5	66	93	6	7
				18,6-24,9	92 (35-163)	91,3 (70 – 104)	8,1 (3 – 15)	6,3
				25 – 29,9	111,8 (56 – 167)	86,5 (75 – 100)	8 (3 – 8)	5

Tabela 1: IMC: Índice de massa corporal;

BSQ: Body Shape Questionnaire;

EIC: Escala de Investimento Corporal;

Interesse em CP: Interesse em realizar futuras Cirurgias Plásticas.

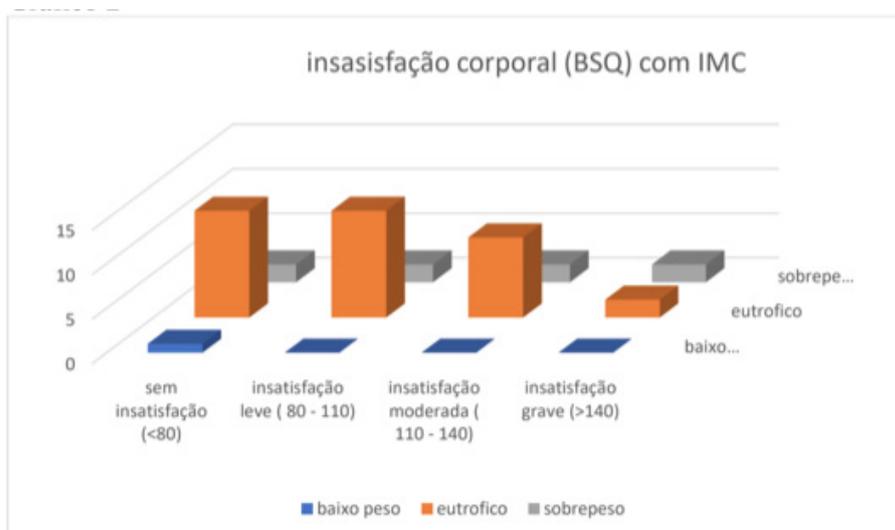


Gráfico 2

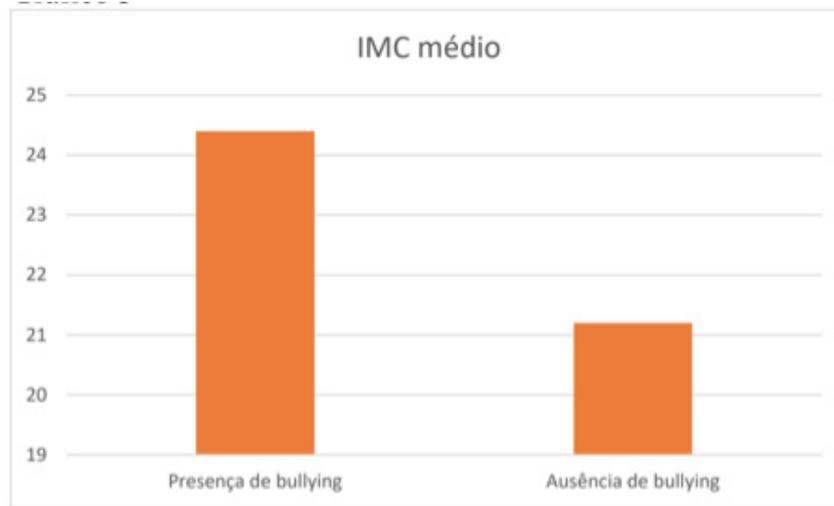
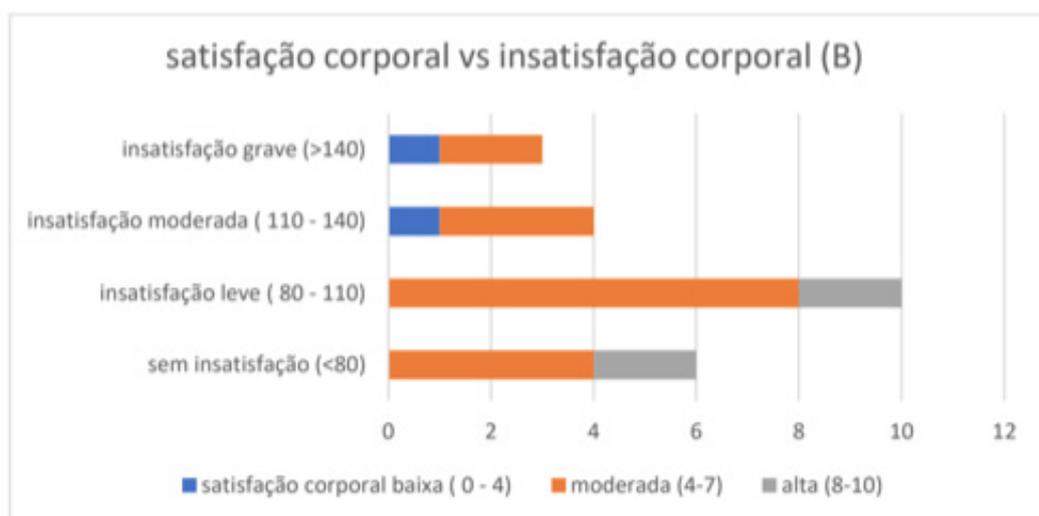


Gráfico 3

O BSQ médio foi de 98,04, e a insatisfação corporal média aumenta à medida que o IMC se eleva (Tabela 1) e é inversamente proporcional à satisfação corporal (Gráfico 4). Quanto ao interesse em realizar futuras cirurgias plásticas, de zero a quinze, a média foi de 7,88, contudo, nenhum assinalou não ter interesse, a EIC demonstrou que as maiores pontuações apresentaram baixo interesse em realizar cirurgias plásticas e os moderados graus de investimento corporal apresentaram os maiores valores de interesse em realizar cirurgias.



A média encontrada do EIC foi de 91, o que é considerada moderada, e a variação foi baixa com mínimo de 70 e máximo de 108. Além disso, 50% das pessoas com BSQ abaixo da média, apresentavam também EIC abaixo da média. Foi observado que a medida em que o IMC aumenta o investimento corporal diminui (tabela 1). A renda familiar média foi de 6.223 reais mensal, com uma média de 3,55 dependentes dessa renda. A satisfação corporal média de zero à dez foi de 6,16.

	IMC médio	Satisfação corporal	BSQ	EIC	Interesse em CP
Presença de bullying	24,4	5,4	110,3	90,3	7,6
Ausência de bullying	21,2	6,5	97,5	90,2	7,7

Tabela 2

A presença de bullying nessa amostra foi de 32% dos entrevistados, observou-se (tabela 2), a relação de maior IMC com o bullying como também maior insatisfação corporal. Contudo não houve relação entre presença ou ausência de bullying com o investimento corporal e interesse em realizar cirurgias plásticas.

## DISCUSSÃO

A importância de identificar alterações na imagem corporal é crucial para o diagnóstico precoce de Transtornos Alimentares e Transtorno Dismórfico Corporal, já que os sintomas isolados desses distúrbios precedem sua manifestação completa<sup>1</sup>

Essa observação reafirma a importância de se compreender os questionários como o BSQ e o EIC, e também avaliar sua aplicação para cada paciente e a relação deles com interesse em realizar futuras cirurgias plásticas.

Tanto o BSQ<sup>1</sup> como o EIC<sup>12</sup> (NO LUGAR DO 12 COLOCAR 7) foram validados anteriormente na literatura, os resultados do presente estudo fizeram a conexão destes com o questionário de interesse em realizar futuras cirurgias plásticas.

O “Body Shape Questionnaire (BSQ)”, elaborado originalmente por Cooper et al., em 1987 tem 34 itens designados para mensurar as preocupações com a forma do corpo.

A versão adaptada para o Brasil, validada com estudantes universitárias, manteve as características da escala original<sup>28</sup> (DI PIETRO, 2001).

A Body Investment Scale (BIS) foi criada para avaliar o investimento emocional no Corpo. A escala original é composta por 24 itens. As respostas estão dispostas numa escala Likert de 5 pontos: “eu não concordo com nada” (1) a “eu concordo plenamente” (5). Escores altos indicam sentimentos mais positivos a respeito do corpo, maiores cuidados com o físico e com a proteção.

A versão brasileira foi construída por Gouveia & cols. (2008). Dois psicólogos bilíngues realizaram a tradução, que foi submetida a apreciação de um terceiro psicólogo, também bilíngue. Para a comprovação da validade semântica, os pesquisadores aplicaram o questionário em 20 estudantes de João Pessoa. Para a validação, o questionário foi aplicado em 317 mulheres, estudantes do último ano do ensino médio de João Pessoa, de idade entre 15 e 58 anos.

O questionário de interesse em realizar futuras cirurgias plásticas foi elaborado

pelos autores deste trabalho com o intuito de relacionar os outros 2 questionários já validados, BSQ e BIS, com o objetivo de obter informações sobre o desejo de realizar procedimentos estéticos e relacioná-los com renda familiar, presença de bullying, e a graduação da satisfação corporal, que pode ser de zero a dez, classificada em baixa satisfação corporal (0 – 4) moderada (5 - 7) e alta satisfação (8 – 10).

Notou-se equivalência quanto a média do BSQ (98,04) de nossa amostra em comparação a pesquisa em acadêmicos do curso de medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) em 2009 (BSQ médio: 97), inferindo-se similaridade nas amostras.

A presença de bullying nessa amostra foi de 32% dos entrevistados, Moura et al (COLOCAR 14 EM EXPOENTE), estudou bullying em 1075 alunos da primeira a oitava série, e a prevalência foi de 17,5%. Observou-se, a relação de maior IMC com o bullying como também maior insatisfação corporal (tabela 2), Souza et al observou que 70% das vítimas de bullying apresentavam insatisfação com a imagem corporal (COLOCAR 15 EM EXPOENTE). Contudo não houve relação da presença ou ausência de bullying com o investimento corporal e interesse em realizar cirurgias plásticas.

Disso observa-se que a vítima de bullying tem relação com a forma física, contudo essas vítimas tem os mesmos desejos de cuidado com o corpo, como também interesse em procedimentos estéticos do que os que não sofreram bullying.

Em nossa amostra, 18% encontravam-se acima do peso (considerado IMC >25), porém enquadravam-se na classificação, segundo OMS, como sobrepeso. Nenhum indivíduo apresentava classificação Obesidade (IMC > 30). Para Conti et al, nesta população específica o BSQ é considerado gold standard para avaliação da insatisfação corporal.

Madrigal et al 26 (2000) apontam boa documentação na literatura das relações entre o peso corporal e percepção da imagem corporal (COLOCAR 16 EM EXPOENTE), o que pode ser reforçado pelo presente estudo.

A tendência dos voluntários eutróficos ou com sobrepeso em superestimar seu peso se inverte à medida que aumenta o IMC, chegando à subestimação nas obesas.

Os resultados do estudo de Kakeshita et al (2006) (COLOCAR 10 EM EXPOENTE) sugerem haver maior dificuldade dos homens em atentar-se aos cuidados necessários com seu estado nutricional, o que dificultaria ações de caráter preventivo na questão do desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas associadas ao excesso de peso.

Por outro lado, a superestimação, no caso das mulheres, poderia refletir os aspectos ambientais associados ao desenvolvimento de distúrbios alimentares como a anorexia nervosa e a bulimia. Outros estudos apresentam resultados divergentes e relatam resultados de superestimação do tamanho corporal por pessoas obesas em geral. (17 E 18 EXPONENCIAL) isso fica evidente no presente estudo quando se observa que a medida que aumenta o IMC dos voluntários diminui a EIC, e como referido anteriormente, nos IMC acima de 25 há uma acomodação dos entrevistados,

fazendo-os diminuir a insatisfação corporal, mesmo fugindo dos padrões de estética e beleza da atualidade.

O fato de as imagens apontadas como desejáveis estarem predominantemente em faixas menores de IMC em relação aos apontados como atuais sugere uma insatisfação com a imagem corporal, no sentido de que tanto homens como mulheres valorizariam os modelos de magreza.<sup>10</sup>

Da mesma forma que há menor insatisfação nas faixas menores de IMC há também um maior investimento corporal (EIC), demonstrando que para manter-se dentro do padrão de beleza é necessário gastar tempo e dinheiro em detrimento do forma física. A exaltação da magreza na sociedade contemporânea, com corpos tão esguios quanto inalcançáveis pela maioria da população, configura uma situação de permanente insatisfação pessoal. Tal insatisfação poderia ser um importante fator ambiental, contribuindo para o estresse característico da vida moderna, condição esta também fortemente associada ao quadro de morbimortalidade atual.<sup>10,33, 34, 35.</sup>

O fato de mulheres com peso adequado para a estatura desejarem pesos ainda menores é preocupante. Certamente essa distorção da imagem corporal encontra raízes nos meios de comunicação de massa que privilegiam modelos de beleza que possuem pesos para estatura próximos ou mesmo semelhantes a pacientes portadores de distúrbios alimentares como anorexia nervosa e bulimia<sup>2, 3, 7, 10</sup>. Esses modelos de beleza divulgados pela mídia exercem efeitos sobre o comportamento e o estabelecimento de hábitos alimentares entre adolescentes do sexo feminino. Tais efeitos necessitam ser mais bem estudados para o melhor entendimento dos fatores ambientais que predispõem ao surgimento dos distúrbios alimentares.<sup>10</sup>

Por outro lado, as mulheres com sobrepeso estão provavelmente sujeitas a maior sofrimento psicológico quando comparadas às eutróficas, conforme sugerem os resultados do questionário sobre imagem corporal, como também na baixa satisfação corporal e isso reflete na mais baixa Escala de investimento corporal, apesar de serem mais insatisfeitos estes também apresentam menor preocupação com a forma física, ou menor vontade de trabalhar para modificar a aparência, contudo nessa faixa e nos eutróficos estão as maiores taxas de interesse em realizar futuras cirurgias plásticas. Para Kakeshita (2006) ( 10 exponencial) as médias dos escores significativamente maiores dessas mulheres poderiam levar à sugestão de maior preocupação e desconforto com o corpo por parte delas ( 19 exponencial).

Da mesma maneira, levam a maior fragilidade emocional, considerando-se que as emoções podem afetar a construção e constante reconstrução da própria imagem. Elas podem ser consideradas um grupo limítrofe mais suscetível às intervenções e procedimentos estéticos, como cirurgias plásticas.

## CONCLUSÃO

Finalmente, os dados do presente estudo mostraram a adequação dos métodos utilizados para o estudo da percepção da imagem corporal e, além disso, sua utilidade para mostrar diferenças na percepção dependentes dos valores de IMC apresentados pelos sujeitos, o quanto cada indivíduo investe na sua forma física e o interesse em realizar futuras cirurgias plásticas.

O avanço do conhecimento nesta área contribui para a avaliação clínica e nutricional, prevenção da obesidade e consequente melhora no quadro geral de incidência de doenças crônico degenerativas, sabidamente associadas ao estado nutricional e psicológico, contribui também na compreensão do perfil psicológico da população interessada em realizar procedimentos estéticos.

## REFERÊNCIA

Di Pietro M. and Da Silveira DX. "Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students." *Revista Brasileira de Psiquiatria* 31.1 (2009): 21-24.

Cordero MJA, Sánchez MN, Villar NM & Valverde EG. *Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. Nutrición Hospitalaria, 2013. 28(5), 1453-1457.*

American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-: DSM-5.* (2014) Artmed Editora.

Alves E, Vasconcelos FDAGD, Calvo MCM & Neves JD. *Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Pública, 2008; 24(3), 503-12.*

Vardanian AJ, Kusnezov N, Im DD, et al. *Social media use and impact on plastic surgery practice. Plast Reconstr Surg. 2013;131:1184–1193*

Fogel J, King K. *Perceived realism and Twitter use are associated with increased acceptance of cosmetic surgery among those watching reality television cosmetic surgery programs. Plast Reconstr Surg. 2014;134:233–238*

Gouveia VV, Santos CA, Gouveia RS, Santos WS, & Pronk SL. *Escala de Investimento Corporal (BIS): evidências de sua validade fatorial e consistência interna." Avaliação Psicológica" 7(1), (2008): 57-66.*

Montemurro P, Porcnik A, Hedén P, et al. *The influence of social media and easily accessible online information on the aesthetic plastic surgery practice: literature review and our own experience. Aesthetic Plast Surg. 2015;39:270–277*

Cohane GH, Pope HG Jr. *Body image in boys: a review of the literature. Int J Eat Disord. 2001;29(4):373-9.*

Alves D, Pinto M, Alves S, Mota A & Leirós V. *Cultura e imagem corporal. Motricidade, 2009; 5(1), 1-20.*

Coelho FD, Carvalho PHB, Fortes LS, Paes ST, Ferreira MEC. *Body dissatisfaction and influence*

of media in women who undergo plastic surgery."Rev. Bras. Cir. Plást". 2015;30(4):567-573  
D`assumpção EA; Dismorfofobia ou complexo de Quasímodo. Rev. Soc. Bras. Cir. Plást, (2007) 22(3), 183-7.

de Oliveira FP, Bosi MLM, dos Santos Vigário P & da Silva Vieira R. Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. Rev Bras Med Esporte \_ Vol. 9, Nº 6 – Nov/Dez, 2003

Santos MTS, Tedesco ACB, Hochman B, Juliano Y, Garcia EB & Ferreira LM. Imagem corporal em mulheres submetidas a cruroplastia medial após cirurgia bariátrica. Rev Soc Bras Cir Plast. 2013;28(supl):1-103

Moura DR, Cruz ACN, & Quevedo LA. (2011). Prevalência e características de escolares vítimas de bullying. *Jornal de Pediatria*, 87(1), 19-23. nonathletes. *Percept Mot Skills*. 1991;72(1):123-30.

Souza, E. D. G. C., Rech, R. R., Mello, G. T., Melo, M. O., & Halpern, R. (2012). Obesidade, imagem corporal e bullying em uma população de escolares de uma cidade no Sul do Brasil. *revista da amrighs*, 56(4), 330-334.

Pesa JA, Syre TR, Jones E. Psychosocial differences associated with body weight among female adolescents: the importance of body image. *J Adolesc Health*. 2000;26(5):330-7.

Poston WSC 2nd, Foreyt JP. Obesity is an environmental issue. *Atherosclerosis*. 1999;146(2):201-9.

Ramirez EM, Rosen JC. A comparison of weight control and weight control plus body image therapy for obese men and women. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69(3):440-6.

Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J Eat Disord*. 1987;6(4):485-94.

## AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE NA REGIONAL GOIANA DE SAÚDE SUDOESTE I

### **Ana Cristina de Almeida**

Universidade de Rio Verde, Faculdade de  
Medicina  
Rio Verde - Goiás

### **Ana Luiza Caldeira Lopes**

Universidade de Rio Verde, Faculdade de  
Medicina  
Rio Verde - Goiás

### **Erica Carolina Weber Dalazen**

Universidade de Rio Verde, Faculdade de  
Medicina  
Rio Verde - Goiás

### **Isabella Rodrigues Mendonça**

Universidade de Rio Verde, Faculdade de  
Medicina  
Rio Verde - Goiás

### **Fernandes Rodrigues de Souza Filho**

Universidade de Rio Verde, Faculdade de  
Medicina  
Rio Verde - Goiás

### **Jair Pereira de Melo Júnior**

Universidade de Rio Verde, Faculdade de Biologia  
Rio Verde - Goiás

**RESUMO:** De acordo o Ministério da Saúde, aproximadamente 60% da população mundial morre por algum tipo de Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), afetando 35 milhões de pessoas por ano, com estimativa de crescimento anual de 17%. A qualidade

de vida do paciente submetido à Terapia de Substituição Renal (TRS), em específico à hemodiálise, é significativamente afetada. A dependência do processo de filtração e todos os efeitos adversos derivados dele afetam psicologicamente o paciente, podem evoluir para um quadro depressivo importante. Trata-se de um estudo de campo, de abordagem quantitativa, qualitativa e transversal. Toda a pesquisa foi realizada na clínica Hemorim de Rio Verde, Goiás. A amostra foi composta por 72 pacientes, dos quais 63 concordaram em participar da pesquisa e responderam aos questionários SF-36 e Escala de Depressão de Hamilton no período compreendido entre agosto de 2017 e março de 2018. O estudo evidenciou a má qualidade de vida. Também foi possível observar uma prevalência significativa de transtorno da ansiedade entre esses pacientes. Quanto aos exames, observou-se uma grande dificuldade em mantê-los dentro da taxa de normalidade, sendo um obstáculo enfrentado por todos os pacientes. Um maior acompanhamento psicossocial desses pacientes pode aumentar a satisfação do paciente e sua adesão, levando a melhores resultados clínicos e laboratoriais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doença Renal Crônica. Qualidade de vida. Depressão.

**ABSTRACT:** According to the Ministry of

Health, approximately 60% of the world population dies from some type of Chronic Noncommunicable Disease (CNCD), affecting 35 million people per year, with an annual growth estimate of 17%. The quality of life of patients submitted to RRT, specifically to hemodialysis, is significantly affected. The dependence of the filtration process and all the adverse effects derived therefrom psychologically affect the patient, can evolve into an important depressive picture. This is a field study, with a quantitative, qualitative and transversal approach. The study consisted of 72 patients, of whom 63 agreed to participate in the study and answered the questionnaire SF-36 and the Hamilton Depression Scale in the period between August 2017 and March 2018. Our study showed poor quality of life. It was also possible to observe a significant prevalence of anxiety disorder among these patients. Regarding the exams, it was observed a great difficulty to keep them within the normality rate, being an obstacle faced by all the patients. Further psychosocial monitoring of these patients may increase patient satisfaction and adherence, leading to better clinical and laboratory outcomes.

**KEYWORDS:** Chronic Kidney Disease. Quality of Life. Depression.

## 1 | INTRODUÇÃO

As doenças renais estão entre as que mais provocam morbidade e mortalidade em todo o mundo. Aproximadamente 60% da população mundial morre por algum tipo de Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), afetando 35 milhões de pessoas por ano, com estimativa de crescimento anual de 17%.

A Terapia de Substituição Renal (TSR) está indicada para pacientes em Lesão Renal Aguda (LRA), quando estão em estado de hiperpotassemia, hipervolemia, uremia, acidose metabólica, distúrbios hidroeletrólíticos e plaquetários, Insuficiência Cardíaca Crônica (ICC) refratária, hipotermia e intoxicação exógena.

A Doença Renal Crônica (DRC) pode evoluir para algum tipo de Doença Cardiovascular (DCV) ou, quando ocorre a perda total da função renal, para Doença Renal Crônica 5 Diálise (DRC5D). Nesse último caso, o paciente deve recorrer a algum tipo de TSR por toda a vida. As opções de TSR incluem hemodiálise, diálise peritoneal e Transplante Renal (TR).

A qualidade de vida do paciente submetido à TRS, em específico à hemodiálise, é significativamente afetada. A dependência do processo de filtração e todos os efeitos adversos derivados dele, como o prurido urêmico, síndrome das pernas inquietas e a baixa qualidade de sono afetam psicologicamente o paciente, podendo evoluí-lo para um quadro depressivo importante. Dessa forma, faz-se importante a pesquisa em questão com intuito de avaliar a qualidade de vida e o grau de depressão em que esses pacientes se encontram.

## 2 | METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida no período de agosto de 2017 a março de 2018. Foi aplicado aos pacientes o Questionário SF-36 e a Escala de Depressão de Hamilton. Após essa etapa, foi feita uma pesquisa nos dados anotados nos prontuários dos pacientes em hemodiálise no período de janeiro de 2016 a junho de 2017 referente aos exames de rotina mensais e trimestrais por eles realizados.

Trata-se de um estudo de campo, de abordagem quantitativa, qualitativa e transversal. Toda a pesquisa foi realizada na clínica Hemorim de Rio Verde, Goiás. A amostra foi composta por 72 pacientes, dos quais 63 concordaram em participar da pesquisa e responderam aos questionários no período compreendido acima. Foram incluídos os pacientes submetidos a hemodiálise pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no período matutino, na regional de saúde Sudoeste I e que assinaram o TCLE, concordando em responder o questionário. Foi excluído da pesquisa o paciente que assinou o TCLE não concordando em participar da pesquisa e/ou mesmo após assinar o TCLE concordando em participar da pesquisa, resolveu, por qualquer motivo, abandonar o estudo. Além disso, serão excluídos pacientes que não faziam o tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Rio Verde, obedecendo às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para a proteção do sujeito da pesquisa, sendo garantido o anonimato e o sigilo da identidade das pessoas envolvidas. Foi aprovado sob o número de CAAE 68121417.3.0000.5077 e número de parecer 2.118.291.

Os riscos previstos eram referentes a não aceitação dos pacientes em responder o questionário e relacionado a aplicação da Escala de Depressão de Hamilton. Embora a literatura evidencie que o conteúdo das perguntas dos instrumentos a serem utilizados nesta pesquisa não tem potencial para suscitar sofrimento psíquico, acredita-se que sempre há a probabilidade, ainda que remota, de os instrumentos utilizados mobilizarem respostas emocionais imprevistas causando desconforto psicológico circunstancial e temporário aos participantes.

Quanto aos benefícios, espera-se poder fomentar outras pesquisas que crie uma perspectiva melhor para esse paciente, minimizando os gastos com saúde e prevenindo o afastamento do paciente dos ambientes familiar, laboral e social. Outro benefício seria o crescimento pessoal e acadêmico e principalmente a contribuição para a formação profissional das discentes participantes. A pesquisa também propiciou a interação entre o meio acadêmico, profissional (médico) e social (paciente). Dessa forma, otimizou e fortaleceu o compromisso, a missão e a visão da Universidade de Rio Verde.

Os dados coletados foram armazenados em *software* do tipo científico *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS 23.0 e posteriormente analisados, quantitativa e qualitativamente, por meio de estatísticas descritivas, frequência e tabelas de

referência cruzada. Dentre as análises estatísticas, serão usados testes de Correlação e Regressão. Em ambos foi considerada significância estatística quando  $p < 0,05$ .

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A escala SF-36 foi validada para versão brasileira em 1999. A avaliação da reprodutibilidade do instrumento demonstrada pelo coeficiente de correlação de Pearson foi satisfatória e estatisticamente significativa. Ela consiste em um instrumento usado para mensurar a qualidade de vida através de 36 itens.

A Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton foi desenvolvida há mais de 40 anos e se tornou o padrão-ouro para avaliação da gravidade de depressão. Essa escala enfatiza os sintomas somáticos, o que a torna particularmente sensível a mudanças vivenciadas por pacientes gravemente deprimidos. Os pontos de corte mais aceitos para a Escala de Depressão de Hamilton e para a SF-36 estão listados na Tabela 1.

ESCALA	Parâmetro	Classificação
HAMILTON	0-11	Mínima
	12-19	Leve
	20-35	Moderada
	36-63	Grave
SF36	0	Pior qualidade de vida
	100	Melhor qualidade de vida

Tabela 1. Parâmetros de referência e classificação da depressão e qualidade de vida de acordo com as escalas de Hamilton e SF36

Os resultados encontrados pelo estudo confirmaram os dados das pesquisas de Ghadam et al., (2016), Alexopoulou et al., (2016) e Ibrahim et al., (2016), ao evidenciar a má qualidade de vida relatada pelos pacientes. Também foi possível observar uma prevalência significativa de transtorno da ansiedade entre esses pacientes, citado por Najafi et al., (2016). Segundo a pesquisa, grande parte dos pacientes sofrem de Transtorno Depressivo Maior, embora estejam, em sua maioria, nos estágios mais leves, como pode ser visto na Figura 1. Esses resultados se devem, em grande parte, à necessidade de mudança de seu estilo de vida para melhor se adequar à sua doença. Essa adaptação gera múltiplos estresses do cônjuge, da família, do trabalho e da sociedade e acarreta exacerbação psicológica dos outros sintomas como cefaleia, fadiga e câibras musculares, levando a uma menor eficiência da atividade física e social. Outro ponto importante a ser destacado, é que os pacientes tendem a procurar a hemodiálise mais tardiamente, já com múltiplas comorbidades, disfunção cognitiva, fragilidade, deficiências sensoriais e dependência funcional e psicológica. Dessa forma, observou-se que nesses pacientes há uma maior prevalência de incapacidade, hospitalização e mortalidade (MATLABI; AHMADZADEH, 2016). Esses inúmeros problemas levam o paciente a experimentar a ansiedade, a depressão e assim por

diante o que também foi confirmado pelos estudos de Ghadam et al., (2016); Ibrahim et al., (2016); e Alexopoulou et al., (2016). O estudo de Najafi et al., (2016) constatou que a prevalência de depressão e ansiedade nesses pacientes foi de 31,5% e 41,7%, respectivamente, e maior nas mulheres em comparação.

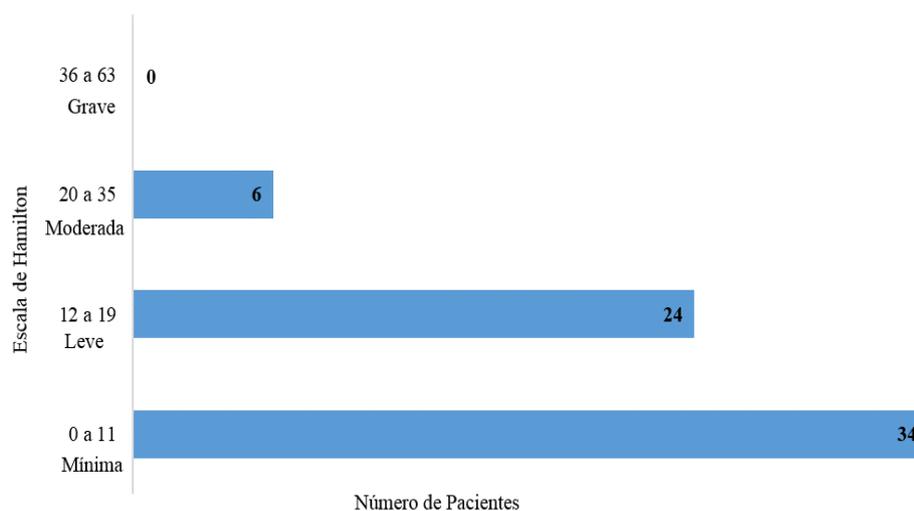


Figura 1. Escala de Hamilton e as classificação de depressão de acordo com o número de pacientes.

Quanto aos exames, observou-se uma grande dificuldade em mantê-los dentro da taxa de normalidade, sendo um obstáculo enfrentado por todos os pacientes. Dentre esses exames, alguns apresentaram uma maior taxa de descontrole, como os níveis de hemoglobina, de fosfatase alcalina e de PTH.

As variáveis que mais se mostraram correlacionadas à pior qualidade de vida foram os índices de Ureia pré-hemodiálise e depressão, detectada pela Escala de Hamilton. Já em relação à depressão, observou-se influência da taxa de potássio, hematócrito e leucócitos, além de uma pior qualidade de vida, como discute-se na tabela 1. A Ureia pré-hemodiálise pode influenciar a qualidade de vida ao ser responsável pela síndrome urêmica, muito prevalente em pacientes com DRC. A síndrome urêmica pode causar fadiga, náuseas, perda de apetite, gosto metálico na boca e confusão mental.

A hiperpotassemia deve ser controlada, pois o potássio em excesso é causa de grande parte dos defeitos de contratilidade, inclusive no músculo cardíaco. Dessa forma, a hiperpotassemia é responsável por grande parte das arritmias, que muitas vezes podem piorar o quadro de ICC ou, até mesmo, ser fatais. Os níveis baixos de hematócrito são indicadores de anemia, perda sanguínea, hemólise, leucemia, hipertireoidismo, cirrose e hiper-hidratação. A leucocitose pode estar presente nos casos de leucemia, infecção bacteriana, hemorragia, trauma ou injúria tissular. Já a leucopenia pode indicar uso prévio de quimioterapia ou radioterapia, infecções virais ou depressão da medula óssea. Isso contribui para um melhor entendimento da correlação dessas variáveis com a elevação dos índices de depressão nessa população

e indiretamente com a pior qualidade de vida. Esses dados são confirmados por outros estudos como Santos et al. (2013) e Barros (2015).

Escalas	Ureia pré	K	Hematócrito	Leucócitos	SF-36	E. Hamilton	
<b>SF-36</b>	Correlação de Pearson	<b>0,288*</b>	0,071	-0,034	-0,020	1	<b>-0,286*</b>
	Sig. (2 extremidades)	0,021	0,575	0,789	0,876		0,022
	N	64	64	64	64	64	64
<b>E. Hamilton</b>	Correlação de Pearson	-0,080	<b>0,310*</b>	<b>0,277*</b>	<b>0,272*</b>	<b>-0,286*</b>	1
	Sig. (2 extremidades)	0,529	0,013	0,027	0,030	0,022	
	N	64	64	64	64	64	64

Tabela 2. Correlação de Pearson entre as variáveis estudadas e as escalas de depressão e qualidade de vida.

\*Indica que há correlação de Pearson com nível de significância de 5%. Os mesmos resultados foram encontrados na análise não paramétrica de tau b de Kendall e r de Speraman.

Uma possível intervenção psicológica na terapêutica proposta pode mudar o destino desses pacientes. O apoio social e familiar pode melhorar a qualidade de vida por vários mecanismos. A compreensão da família e a proximidade do grupo social pode aumentar a satisfação do paciente com o atendimento prestado, aumentar a adesão à terapia, levando a uma melhora dos resultados laboratoriais e clínicos e, conseqüentemente, diminui em 15% o risco de hospitalização. Alexopoulou et al., (2016) também cita esse tipo de intervenção.

Segundo um estudo iraniano dos Taheri-kharameh et al., (2016) outra forma de melhorar psicologicamente o paciente é através do enfrentamento religioso. Eles descobriram que essa técnica é uma importante ferramenta que afeta a qualidade de vida em condições crônicas, como o câncer, HIV e a hemodiálise. Isso reforça a necessidade de um acompanhamento psicossocial desses pacientes.

#### 4 | CONCLUSÃO

A qualidade de vida é fortemente influenciada pela diálise e pelo processo natural da doença renal crônica. Esses pacientes, também, estão mais sujeitos a desenvolverem distúrbios da ansiedade e depressão, assim como, a enfrentarem uma maior dificuldade em manter níveis plasmáticos normais de algumas células e proteínas, dentre elas a ureia, o potássio, os leucócitos, a hemoglobina, a fosfatase alcalina e o PTH. Um maior acompanhamento psicossocial desses pacientes pode aumentar a satisfação do paciente e sua adesão, levando a melhores resultados

clínicos e laboratoriais.

## REFERÊNCIAS

ALEXOPOULOU, M.; GIANNAKOPOULOU, N.; KOMNA, E.; ALIKARI, V.; TOULIA, G.; POLIKANDRIOTI, M. The Effect of Perceived Social Support on Hemodialysis Patients' Quality of Life. **Mater Sociomed**, v. 28, n. 5, 2016.

BARROS, A. **Composição Corporal, Depressão, Qualidade de Vida e Mortalidade em Hemodiálise**. 2015. 181 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

GHADAM, M. S.; POORGHOLAMI, F.; JAHROMI, Z. B.; PARANDAVAR, N.; KALANI, N.; RAHMANIAN, E. Effect of Self-Care Education by Face-to-Dace Method on the Quality of Life in Hemodialysis Patients (Relying on Ferrans and Powers Questionnaire). **Global Journal of Health Science**, v. 8, n. 6, 2016.

IBRAHIM, M. K.; ELSHAHID, A. R.; BAZ, T. Z. E.; ELAZAB, R. M.; ELHOSEINY, S. A.; ELSAIE, M. L. Impacto f Uraemic Pruritus on Quality os Life among End Stage Renal Disease Patients on Dialysis. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 10, n. 3, 2016.

MATLABI, H.; AHMADZADEH, S. Evaluation of individual quality of life among hemodialysis patients: nominated themes using SEIQoL-adapted. **Dove Press Journal**, 2016.

NAJAFI, A.; KEIHANI, S.; BAGHERI, N.; JOLFAAEI, A. G.; MEYBODI, A. M. Association Between Anxiety and Depression with Dialysis Adequacy in Pacients on Maintenance Hemodialysis. **Iran J Psychiatry Behav Sci**, v. 10, n. 2, 2016.

SANTOS, A. et al. Association between the level of quality of life and nutritional status in patients undergoing chronic renal hemodialysis. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [s.l.], v. 35, n. 4, p.279-288, 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20130047>.

TAHERI-KHARAMEH, Z.; ZAMANIAN, H.; MONTAZERI, A.; ASGARIAN, A.; ESBIRI, R. Negative Religious Coping, Positive Religious Coping, and Quality of Life Among Hemodialysis Patients. **Nephrourol Mon**, v. 8, n. 6, 2016.

## COMPOSIÇÃO DA REDE SOCIAL DOS ADOLESCENTES QUE FREQUENTAM UMA *LAN HOUSE*

### **Lorrâne Laisla de Oliveira Souza**

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família do Centro Universitário de Patos de Minas/UNIPAM.  
lorranylaisla@hotmail.com.

### **Leonardo Nikolas Ribeiro**

Graduando do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas/UNIPAM.  
lnribeiro1@hotmail.com

### **Danty Ribeiro Nunes**

Graduando do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas/UNIPAM.  
dantynunes@yahoo.com

### **Marilene Rivany Nunes**

Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública da USP-Ribeirão Preto, Docente no Curso de Enfermagem e Medicina, Centro Universitário de Patos de Minas/UNIPAM. maryrivany@yahoo.com.br

**RESUMO:** Os adolescentes, incluindo os que frequentam *Lan House*, encontram-se em situação de vulnerabilidade, visto que vivenciam um processo de desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social, estes buscam na *Lan House* e no meio virtual formas de sociabilidade afim de aumentar sua rede social. O objetivo do estudo foi conhecer a composição da rede social dos adolescentes que frequentam uma *Lan House*. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quali-quantitativa realizada com 12 adolescentes

do sexo masculino, na faixa etária de 10 a 18 anos, frequentadores de uma *Lan House* no município de Patos de Minas (MG), no ano de 2016. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas conforme Parecer nº 1.470.573/2016. Usou-se para coleta de dados um questionário e o mapa de rede social. Os resultados mostraram uma prevalência de redes sociais grandes com destaque para vínculos familiares, amigos com contato pessoal, amigos da *Lan House* e ausência de vínculos com os profissionais de saúde. Uma possibilidade de gestão de cuidado a estes adolescentes é a elaboração do Projeto Saúde no Território (PST), Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Programa Saúde na Escola (PSE), elaborado pelos membros da Equipe de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) em parceria com os membros da comunidade escolar e os profissionais das *Lan Houses*, com vistas a desenvolver ações para diminuir vulnerabilidades e a promover a saúde investindo na qualidade de vida e na autonomia dos adolescentes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Rede Social. Adolescentes. Promoção de Saúde. Enfermagem.

**ABSTRACT:** Teenagers, including the ones who attend *Lan House*, find themselves in a

vulnerable situation, since they live a process of physical, cognitive, emotional and social development, they look for in the *Lan House* and in the virtual environment ways of sociability in order to increase their social network. The goal of this study was to know the composition of the teenagers social network who attend a *Lan House*. It's about a descriptive research with qualitative approach made with 12 male teenagers, between 10 and 18 years old, regulars on a *Lan House*, in Patos de Minas – MG, in the year 2016. The study was approved by the Comitê de Ética de Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas, according to Parecer nº 1.470.573/2016. To collect the data, it was used a questionnaire and the social media map. The results showed a prevalence of big social medias emphasising family connections, friends with personal contact, friends at the *Lan House* and the absence of connections with health professionals. A possibility for caring management to these teenagers is the creation of Projeto Saúde no Território (PST), Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Programa Saúde na Escola (PSE), elaborate by the members of Equipe de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) in partnership with members from the school community and the *Lan House* professionals, intending to develop actions to decrease vulnerabilities and promote health investing in life quality and the teenagers autonomy.

**KEYWORDS:** Social network. Teenagers. Health promotion. Nursing.

## 1 | INTRODUÇÃO

Para Costa, Queiroz e Zeitune (2012) os adolescentes, incluindo os que frequentam *Lan House*, encontram-se em situação de vulnerabilidade, visto que vivenciam um processo de desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social. Estes adolescentes buscam no meio virtual, formas de sociabilidade (MONTEIRO *et al.*, 2012). Por outro lado Trigo *et al.* (2015) relatam que a internet é capaz de facilitar a sociabilidade dos adolescentes, porém, o uso indiscriminado desta ocasiona fragilização dos laços familiares e sociais, minimizando os vínculos de contato pessoal.

Para Carlos e Ferriane (2015) a assistência integral aos adolescentes deve fundamentar-se nos recursos da rede social, o que favorece um desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social com o intuito de melhorar a qualidade de vida e promover a saúde dos adolescentes. Para Sluzki (2010) a rede social refere-se aos vínculos das relações humanas que inclui os vínculos com a família, a comunidade, os amigos, os colegas de trabalho e de estudo entre outros. Esta atua como fator de proteção sendo capaz de reduzir as vulnerabilidades e potencializar a qualidade de vida dos adolescentes (SILVA *et al.*, 2015).

Os membros da rede social podem desempenhar função de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação e controle social, ajuda material e de serviços possibilitando auxílio frente às adversidades e problemas do dia a dia (SLUZKI, 2010). Silva *et al.* (2015) relatam que são fatores protetores significativos ao desenvolvimento do adolescente, os vínculos familiares com ênfase no vínculo com a mãe, o apoio dos amigos, o êxito escolar, as rotinas organizadas, o compartilhamento

dos sentimentos, a autoestima, a responsabilidade, a competência social e emocional, contribuindo para uma rede social fortemente estabelecida.

Neste sentido os membros da Equipe de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) podem e devem estabelecer estratégias de assistência aos adolescentes que frequentam *Lan House*, promovendo saúde e prevenindo doenças com vista a minimizar suas vulnerabilidades. Os profissionais de saúde dispõem de estratégias ou ferramentas que auxiliam no cuidado com os adolescentes como o Projeto de Saúde no Território (PST), o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Programa de Saúde na Escola (PSE). Estes visam assistir integralmente os adolescentes prevenindo doenças e promovendo saúde, e para a sua construção faz-se necessária articulação com todos os membros da rede social.

O PST e o PTS são estratégias utilizadas para planejamento das ações em saúde pelos profissionais da ESF e do NASF, o PST é um projeto de saúde no território, envolvendo toda a comunidade, elaborado pelos membros da ESF e do NASF em parceria com outros membros da rede, e o PTS é um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar, com vista a atender as necessidades singulares (VERDI, 2012). O PSE é uma política criada pelo Ministério da Saúde e da Educação, pela Lei nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, com o objetivo de ampliar as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos no contexto escolar, com vistas, a auxiliar a formação de crianças e adolescentes no enfrentamento das vulnerabilidades (BRASIL, 2009).

Diante do exposto existem poucos estudos na área da enfermagem referente ao mapeamento das redes sociais dos adolescentes frequentadores de *Lan House*. Assim, mapear a rede social possibilita identificar situações de vulnerabilidade que possam comprometer os laços familiares e sociais. O estudo objetivou conhecer a composição da rede social dos adolescentes que frequentam uma *Lan House*, no município de Patos de Minas - MG.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quali-quantitativa realizada na *Lan House War Games*, localizada em Patos de Minas-MG. A amostra constituiu-se de 12 adolescentes, do sexo masculino, na faixa etária de 10 a 18 anos, que frequentam a *Lan House* supracitada. Estes foram obtidos de forma aleatória. Utilizou-se um questionário para conhecer o perfil socioeconômico dos adolescentes, bem como, atividades realizadas na *Lan House*. Os dados do questionário foram agrupados e analisados pela estatística descritiva, utilizando a *Microsoft Excel 2010*, e apresentados na forma de tabelas, apresentando a frequência dos dados em números absolutos e relativos.

Também foi construído o mapa de rede social dos adolescentes, com vistas, a conhecer sua composição. Para a construção dos mapas foi oferecido aos adolescentes

um lápis e uma cópia impressa do instrumento para o registro dos nomes de pessoas e instituições em cada quadrante. Esse procedimento teve duração média de 30 minutos. Os participantes foram descritos por nomes fictícios para manter o anonimato dos mesmos.

Os resultados obtidos nos mapas foram analisados de acordo com os parâmetros proposto por Sluzki (2010), considerando a composição, o tamanho e os tipos de vínculos. Na sequência foi realizado um diálogo entre os dados descritos de acordo com os objetivos, da pesquisa e a literatura, buscando interpretar o significado, as lacunas e os recursos existentes na rede social, referenciada pelos adolescentes.

A coleta dos dados foi realizada, no mês de abril de 2016, na própria *Lan House*, em uma sala privativa, em data e horário estipulados pelos próprios adolescentes, após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido pelos pais e o Termo de Assentimento pelos adolescentes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas conforme Parecer nº 1.470.573/2016.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 12 adolescentes, do sexo masculino, na faixa etária de 10 a 18 anos, que frequentam uma *Lan House*, no município de Patos de Minas-MG, conforme a Tabela 1. De acordo com Passos (2013) as *Lan Houses* são visitadas principalmente por adolescentes do sexo masculino, que buscam a prática de jogos online, o que corrobora com os dados deste estudo. Constatou-se que a maioria dos adolescentes frequentam a *Lan House*, em média, 5 dias por semana, permanecendo, em média, 5 horas por dia.

Nome fictício	Idade	Estuda	Escolaridade	Sexo
Thiago	10	Sim	Fundamental	Masculino
Futebol	10	Sim	Fundamental	Masculino
Vingador	11	Sim	Fundamental	Masculino
Luiz	13	Sim	Fundamental	Masculino
Leandro	13	Sim	Fundamental	Masculino
Katarina	15	Sim	Fundamental	Masculino
Nando	16	Sim	Médio	Masculino
Karlos	17	Sim	Médio	Masculino
Marcos	18	Não	Fundamental	Masculino
Nunes	18	Não	Médio	Masculino
Deful	18	Sim	Médio	Masculino
Turbo Troll	18	Não	Médio	Masculino

Tabela 1 - Caracterização dos adolescentes que frequentam uma *Lan House* em Patos de Minas, MG, Brasil, 2016.

Fonte: Questionário aplicado aos adolescentes que frequentam uma *Lan House*, 2016.

Para Trigo *et al.* (2015) a permanência prolongada e contínua dos adolescentes em *Lan House* ocasiona a fragilização e até rompimento de vínculos com os membros da família, ou seja, de acordo com este autor a permanência dos adolescentes em *Lan House* é considerada um fator de risco e de grande vulnerabilidade, pois expõe os adolescentes a situações diversas, principalmente porque estão sem a supervisão dos pais. Na análise dos questionários dos adolescentes percebeu-se que todos relataram a prática de jogos online na *Lan House*.

Segundo Carvalho (2014) a internet disponibiliza uma diversidade de ferramentas que permitem a interação de maneira rápida entre os indivíduos, porém sem contato pessoal. O autor associa os jogos online com a exposição dos adolescentes ao *cyberbullying*, tanto para a sua prática quanto para posição de vítimas, reforçando a ideia de a *Lan House* ser um ambiente de risco para estes adolescentes.

Por outro lado diante dos dados encontrados nesta pesquisa, este ambiente é capaz de fornecer proteção e cuidado, visto que alguns adolescentes são levados pelos seus pais para a *Lan House* inibindo a permanência deles nas ruas, o que poderia ser um fator de risco ainda maior, pois estes não teriam nenhum tipo de supervisão de um adulto ao ficarem nas ruas. Tomé *et al.* (2012) e Cardoso e Malbergier (2014), relatam que adolescentes que permanecem longos períodos na rua sem supervisão de um adulto ficam expostos a situações de risco como a influência de amigos para o uso de drogas e atos de violência. Para os autores os amigos são capazes de exercer uma pressão forte sobre estes adolescentes, que acabam por ceder e fazer o que lhes obrigam, seja para pertencer ao grupo, ou por medo.

Diante do exposto verifica-se que esses adolescentes, necessitam de fatores de proteção, como exemplo a rede social, que é capaz de mediar os riscos, moderar e afastar situações de vulnerabilidade (MORAIS, KOLLER E RAFFAELLI, 2012). Para Silva *et al.* (2015), um dos fatores de proteção significativo para os adolescentes são os membros da rede social estes são capazes de oferecer apoio emocional, informativo, material, conselhos e regulação e controle social. Na análise da Tabela 2 observou-se que um adolescente apresentou uma rede social pequena, dois uma rede média e nove uma rede grande.

Adolescente	Relações íntimas	Relações Sociais	Relações com conhecidos	Total de pessoas na rede	Tamanho da rede
Leandro	13	10	3	26	Grande
Vingador	10	12	3	25	Grande
Luiz	12	6	5	23	Grande
Nando	9	5	5	19	Grande
Thiago	11	6	1	18	Grande
Katarina	8	8	1	17	Grande
Marcos	7	6	3	16	Grande
Deful	6	7	2	15	Grande

Nunes	7	5	1	13	Grande
Karlos	4	3	1	8	Média
Turbo Troll	5	4	0	9	Média
Futebol	4	2	1	7	Pequena

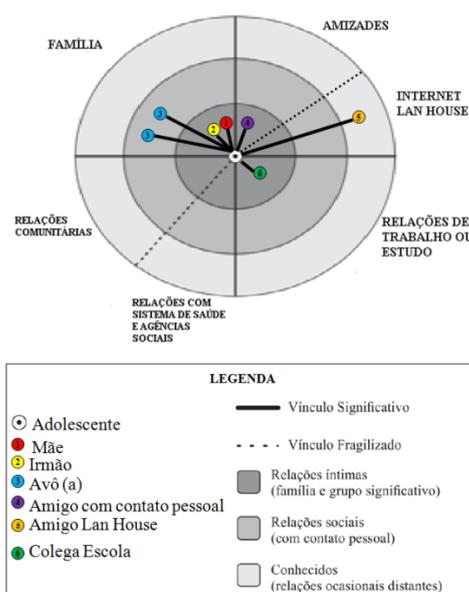
Tabela 2 - Tamanho da rede social dos adolescentes. Patos de Minas, MG, Brasil, 2016.

Fonte: Mapa de rede social aplicado aos adolescentes que frequentam uma *Lan House*.

Na análise do conjunto dos mapas de rede social dos 12 adolescentes, foi possível identificar o tamanho e o tipo de vínculo da rede social, conforme preconizado por Sluzki (2010). O tamanho da rede social compreende o número de pessoas que compõe a mesma, sendo classificada como pequena (1 a 7 pessoas), média (8 a 10 pessoas) e grande (mais de 11 pessoas). Sluzki (2010) assevera que rede social pequena é menos efetiva em situações de sobrecarga ou tensão de longa duração, já que os membros começam a evitar o contato para evitar a sobrecarga, traduzindo em um esgotamento dos recursos frente às adversidades da vida.

Por sua vez, Nunes *et al.* (2016) assevera que o problema da rede ser pequena é que a falta de qualquer membro desta pode representar uma perda significativa de apoio. Os autores ainda relatam que independentemente da quantidade de pessoas, o que deve ser considerado é o tipo de vínculo e a percepção que se pode contar, verdadeiramente, com alguma pessoa.

No Mapa 1 observa-se que o adolescente *Futebol* possui uma rede social pequena com vínculos significativos com os membros da família, os amigos, o colega de escola, um amigo da *Lan House* e ausência de vínculo com profissionais da área da saúde e a comunidade. Observa-se presença de vínculo significativo com a mãe e o avô, sendo este referenciado como “o pai”, pois ele é quem ajuda no dia a dia.



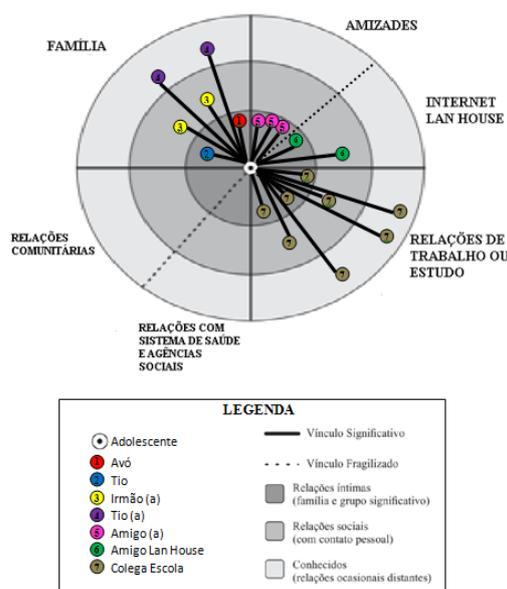
Mapa 1: Mapa de rede social do adolescente *Futebol*, 10 anos.

Fonte: Mapa de rede social de adolescentes que frequentam uma *Lan House*.

O adolescente *Futebol* frequenta e permanece todos os dias, por longos períodos na *Lan House*, muitas vezes ausentando-se da escola. Percebe-se que este necessita de auxílio na regulação social de sua conduta para supervisionar e direcionar a sua rotina diária.

Carvalho (2014) relata que o uso indiscriminado da internet sem uma supervisão adequada pode causar problemas psicossociais levando ao declínio no aproveitamento escolar, estímulo a atos de violência e envolvimento com álcool, cigarro e outras drogas. Assim, faz-se necessário o suporte da família, da escola, da comunidade e dos serviços de saúde, pois uma rede social bem articulada, com presença de vínculos significativos e diversificados, contribui para melhores condições de enfrentar e superar seus problemas, evitando danos físicos e psicológicos (NUNES *et al.*, 2016).

Dois adolescentes citaram uma rede de tamanho médio. Esta é considerada ideal para os adolescentes, visto que são capazes de distribuição da sobrecarga do apoio entre seus membros auxiliando de forma efetiva o enfrentamento das adversidades (MENDES, 2011). No Mapa 2, observa-se o mapa de rede do adolescente *Nando*, que possui uma rede social média, com presença de vínculos significativos com membros da família, amigos pessoais e amigos da *Lan House* e colegas de escola.



Mapa 2 – Mapa de rede Social do adolescente *Nando*, 16 anos.

Fonte: Mapa de rede social de adolescentes que frequentam uma *Lan House*.

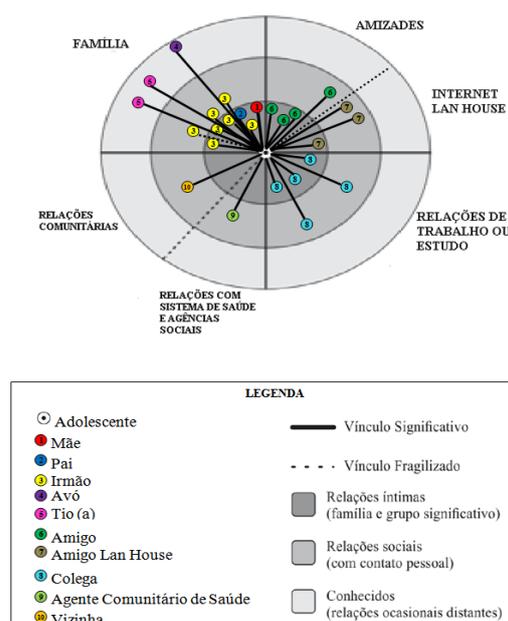
Percebe-se ausência do pai e da mãe na rede social deste adolescente, uma vez que estes são considerados elementos principais da rede social. Nunes *et al.* (2016) relatam que esta situação ocasiona prejuízos no desenvolvimento do adolescente. Este adolescente vive com o tio que tem apenas 18 anos que é o responsável por ele. Ponciano e Féres-carneiro (2014) enfatiza a importância de se ter os pais inseridos na vida dos adolescentes para um desenvolvimento saudável, apego seguro e a conexão

emocional com os pais facilitam a autonomia, o encorajamento parental e a presença de seu suporte são importantes para a tomada de decisão e a solução de problemas. Uma proposta interessante é a efetivação das ações do PSE e a criação do Projeto de Saúde no Território (PST) e Projeto Terapêutico Singular (PTS) com vista a auxiliar no enfrentamento desta e de outras vulnerabilidades.

O PST é um projeto de saúde no território, envolvendo toda a comunidade, elaborado pelos membros da ESF e do NASF em parceria com outros membros da rede como os membros da comunidade escolar e até os profissionais de *Lan House*, com vistas a desenvolver ações efetivas na produção de saúde, a diminuir vulnerabilidades e a promover saúde investindo na qualidade de vida e na autonomia dos adolescentes (VERDI, 2012). E o PTS é um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar, utilizado para planejamento das ações em saúde pelos profissionais da ESF e do NASF com vista a atender as necessidades singulares (VERDI, 2012).

Nove adolescentes citaram uma rede social grande, o que indicia a possibilidade dessa rede não ser efetiva na execução de suas funções, já que os membros podem ter a suposição de que alguém já esteja “cuidando do problema” (SLUZKI, 2010). Nessa perspectiva, as redes muito numerosas podem conduzir a um maior descompromisso, e no fim nenhum membro acaba por atuar de forma efetiva diante das adversidades ou problemas.

No Mapa 3 observa-se que o adolescente *Leandro* possui uma rede social grande com vínculos significativos com os membros da família, amigos com contato pessoal, colegas da escola, amigos da *Lan House*, agente comunitário de saúde (ACS) e uma vizinha e um vínculo fragilizado com o irmão.



Mapa 3 – Mapa de rede Social do adolescente *Leandro*, 13 anos.

Fonte: Mapa de rede social de adolescentes que frequentam uma *Lan House*.

A presença da ACS é um ponto positivo na vida deste adolescente, visto que este é o elo de ligação entre o adolescente e a ESF e o NASF, facilitando a atuação dos profissionais de saúde, incluindo o profissional de enfermagem na prevenção de doenças e promoção de saúde.

Ao analisar a representação gráfica dos 12 mapas foi possível identificar a presença ou não de pessoas e instituições nas relações com os adolescentes. Verificou a presença significativa dos membros das famílias e dos amigos com ênfase nas amizades construídas na *Lan House*, conforme a Tabela 3. Os resultados acerca da distribuição dos elementos pelos quadrantes corroboram a literatura, uma vez que, há estudos apontando efetivamente que as famílias e seus membros e os amigos, são as figuras mais importantes nas redes sociais (SILVA *et al.*, 2014).

Entende-se como grave a ausência de membros da comunidade e dos serviços de saúde na rede social dos adolescentes. Para Nunes *et al.* (2016) tanto a comunidade quanto os serviços de saúde podem contribuir para que os adolescentes adotem comportamentos positivos a partir da experiências de pertencimento social.

Quadrantes/ membros	Nº de adolescentes
Família	12
Amizades com contato pessoal	12
Amizades feitas na <i>Lan House</i>	12
Colegas de Escola	8
Amizades feitas no espaço virtual	6
Comunidade	3
Colegas de Trabalho	3
Serviços de Saúde	1
Agências sociais	0

Tabela 3- Número de adolescentes segundo membros referidos em cada quadrante nos mapas de redes sociais. Patos de Minas, MG, Brasil, 2016.

Fonte: Mapa de rede social aplicado aos adolescentes que frequentam uma *Lan House*.

Verifica-se a necessidade de inserir os profissionais dos serviços de saúde na rede social e no contexto de vida destes adolescentes. Nunes *et al.* (2016) assevera que os profissionais de saúde com destaque ao profissional de enfermagem que atua no PSE, devem utilizar os recursos da rede social como uma estratégia para a assistência integral e efetiva aos adolescentes.

Este é desenvolvido pelos profissionais da ESF e do NASF, e Equipe de Saúde Bucal (ESB) que realizam a avaliação das condições de saúde de crianças e adolescentes, visando à identificação precoce de sinais, tendências patológicas ou doenças instaladas, e o direcionamento de intervenções adequadas para minimizar danos à saúde e ao aproveitamento escolar (BRASIL, 2009).

Outra possibilidade de gestão do cuidado aos adolescentes e a elaboração de PST, este é um projeto de saúde no território, envolvendo toda a comunidade, elaborado

pelos membros da ESF e do NASF em parceria com outros membros da rede como os membros da comunidade escolar e até os profissionais de *Lan House*, com vistas a desenvolver ações efetivas na produção de saúde, a diminuir vulnerabilidades e a promover saúde investindo na qualidade de vida e na autonomia dos adolescentes (VERDI, 2012).

O PST pode focar em ações de prevenção de uso de drogas, violência, *Bullying*, *Cyberbullying* entre outros. Sugere-se a elaboração de estratégias que transformem o uso da tecnologia em algo positivo, para isto é necessário o trabalho da ESF e do NASF juntamente com os membros da rede que tenham vínculo significativo com o adolescente.

Como se pode observar na Tabela 4, os vínculos significativos estão mais diretamente relacionados às mães, sendo os pais menos referenciados. A esse respeito, Nardi e Dell’aglio (2012) mostram que, embora não haja consenso sobre o tema, à ausência ou a não participação do pai na vida do adolescente pode desencadear baixa-estima e envolvimento deste com atos infracionais, uma vez que os pais têm papel relevante no comportamento do adolescente.

<b>Membros</b>	<b>Vínculos Significativos</b>	<b>Vínculos Fragilizados</b>	<b>Vínculos Ausentes</b>
<b>Amizades feitas na Lan House</b>	12	00	00
<b>Amigos com contato pessoal</b>	12	00	00
<b>Irmão (a)</b>	11	01	01
<b>Mãe</b>	10	01	01
<b>Tio (a)</b>	09	00	03
<b>Avó</b>	08	00	04
<b>Colegas de Escola</b>	08	00	04
<b>Amizades Virtuais</b>	06	00	06
<b>Pai</b>	05	00	07
<b>Primo (a)</b>	03	00	09
<b>Vizinha (o)</b>	03	00	09
<b>Colega de Trabalho</b>	02	00	10
<b>Serviços de Saúde</b>	01	00	11
<b>Agencias Sociais</b>	00	00	12

Tabela 4 – Tipos de vínculos e composição da rede social dos adolescentes, Patos de Minas, MG, Brasil, 2016.

Fonte: Mapa de rede social aplicado aos adolescentes que frequentam uma *Lan House*.

Conforme os autores acima, no contexto familiar, a figura do pai exerce uma função complexa, sendo essencial para a transposição das questões da dimensão individual para o espaço da coletividade em que pese o convívio social e as relações de autoridade.

Neste sentido verifica-se a necessidade do profissional de enfermagem atuar no

fortalecimento do vínculo entre os adolescentes e o seus pais, através de estratégias de assistências individuais, como a construção do PTS.

O PTS é um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar, utilizado para planejamento das ações em saúde pelos profissionais da ESF e do NASF com vista a atender as necessidades singulares (VERDI, 2012).

O projeto supracitado visa ações a partir da perspectiva e das necessidades do adolescente, pode favorecer a capacitação das famílias, para que auxiliem no processo de inserção social, oferecendo suporte comunitário e emocional, o que previne possíveis práticas de crime, bem como promover a saúde e o desenvolvimento dos adolescentes (NUNES *et al.*, 2016).

#### 4 | CONCLUSÃO

Conclui-se pelos resultados da pesquisa que houve presença significativa de redes sociais de tamanho grande, com destaque para os vínculos significativos com os membros da família, os amigos com contato pessoal e amigos da *Lan House*, bem como a ausência dos profissionais de saúde e da escola na rede social destes adolescentes. Observou-se as vulnerabilidades a que eles estão expostos, como a presença pouco significativa do pai, serviços de saúde bem como agencias sociais, a permanência prolongada e continua destes adolescentes na *Lan House*, o acesso indiscriminado à internet e a necessidade da elaboração de estratégias efetivas para assistir integralmente esses adolescentes com o propósito de minimizar essas vulnerabilidades bem como potencializar a qualidade de vida deles.

A assistência a estes a estes adolescentes poderá ser realizada através da elaboração do Projeto Saúde no Território, Projeto Terapêutico Singular e as ações do Programa Saúde na Escola envolvendo os profissionais da Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal e os membros do NASF e outros atores como profissionais da *Lan House* e da escola. Neste sentido ressalta-se a presença do profissional de enfermagem com uma formação holística, que possibilite uma prática assistencial integral e interdisciplinar afim propiciar uma assistência de qualidade a população atendida, com isso percebe-se a necessidade deste ter participação ativa e com vínculo forte na rede social dos adolescentes.

Diante do exposto e evidenciado nesta pesquisa, verifica-se a necessidade do profissional de enfermagem, membro da ESF e gestor do PSE, atuar no fortalecimento da rede social dos adolescentes que frequentam *Lan House*, através de estratégias que considerem as singularidades destes. Pode ser criado projetos assistenciais com parcerias entre os profissionais da saúde e da *Lan House*, família e comunidade com foco em temas como promoção de saúde, prevenção de doenças, incentivo aos estudos e até mesmo orientação para a família.

## 5 | AGRADECIMENTOS

À *War Games Lan House*, aos participantes do estudo e à orientadora Marilene Rivany.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. **Cadernos de Atenção Básica**; Ministério da Saúde. n° 24. Brasília, 2009. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad24.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf). Acesso em 02 jul 2015.

CARDOSO, Luciana Roberta Donola; MALBERGIER, André. A influência dos amigos no consumo de drogas entre adolescentes. **Estudos de Psicologia (campinas)**, Campinas, v. 31, n. 1, p.65-74, mar. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2014000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2014000100007). Acesso em: 07 ago. 2016.

CARLOS, Diene Monique; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho. O Uso de Mapas da Rede Institucional: Estratégia para um olhar sobre o cuidado em saúde. In: congresso ibero-americano em investigação qualitativa, 4., 2015, Aracaju. **Atas**. [Aracaju]: CIAIQ, 2015. p. 497 - 500. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/14/110>. Acesso em: 23 out. 2015.

CARVALHO, Evelise Galvão de. **Cyberbullying em jogos online: categorização dos conteúdos, levantamento nacional dos jogadores e perfil das vítimas**. 2014. 107 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2014. Disponível em: <http://tede.utp.br:8080/jspui/handle/tede/962>. Acesso em: 05 ago. 2016.

COSTA, Rachel Franklin da; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.466-472, set. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000300006&script=sci_arttext). Acesso em: 18 set. 2015.

MENDES, Eloísa Alexandra Silva. **Redes Sociais Pessoais e Percepção da Qualidade de Vida das Crianças e Jovens Institucionalizados** – O papel das Famílias Amigas. 2011. 50 f. Tese (Mestrado Integrado em Psicologia, Área de Especialização em Psicologia da Justiça Trabalho) - Universidade do Minho, Braga, Portugal, 2011.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza *et al.* Adolescentes e o uso de drogas ilícitas: um estudo transversal. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p.344-348, jul. 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4105>. Acesso em: 20 set. 2015.

MORAES, Mayra Lopes de; AGUADO, Alexandre Garcia. O uso da internet para aliciamento sexual de crianças. **Fatec**, S.I, v. 2, n. 1, p.137-159, mar. 2014. Disponível em: <http://www.fatec.edu.br/revista/wp-content/uploads/2013/06/Uso-da-Internet-para-aliciamento-sexual-de-criancas.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2016.

MORAIS, Normanda Araújo de; KOLLER, Sílvia; RAFFAELLI, Marcela. Rede de apoio, eventos estressores e mau ajustamento na vida de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. **Universitas Psychologica**, Bogotá, v. 11, n. 3, p.779-791, jul. 2012. Disponível em: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/779/2961>. Acesso em: 25 out. 2015.

NARDI, Fernanda Lüdke; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Adolescentes em Conflito com a Lei: Percepções sobre a Família. **Psic.: Teor**, Brasília, v. 28, n. 2, p.181-191, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n2/06.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2015.

NUNES, Marilene Rivany *et al.*, Rede social de adolescentes em liberdade assistida na perspectiva da saúde pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 2, p.298-306, abr. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000200298&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000200298&script=sci_arttext)>. Acesso em: 18 jun. 2016.

PASSOS, Pâmella Santos dos. **Lan House na favela: cultura e práticas sociais em acari e no Santa Marta**. 2013. 267 f. Tese (Doutorado) - Curso de História, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013. Disponível em: <[http://www.repositorio.uff.br/jspui/bitstream/1/224/1/Passos\\_Pamella-Tese-2013.pdf](http://www.repositorio.uff.br/jspui/bitstream/1/224/1/Passos_Pamella-Tese-2013.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2015.

PONCIANO, Edna Lúcia Tinoco; FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. Relação Pais-Filhos na Transição para a Vida Adulta, Autonomia e Relativização da Hierarquia. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [s.l.], v. 27, n. 2, p.388-397, 2014. Disponível em: <[http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40084576/Relacao\\_Pais-Filhos\\_na\\_Transicao\\_para\\_a\\_Vida\\_Adulta\\_Autonomia\\_e\\_Relativizacao\\_da\\_Hierarquia.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1487204862&Signature=h5zYBF0pTdPUiFiM0zSE7hgmbN8=&response-content-disposition=inline;filename=Relacao\\_Pais\\_Filhos\\_na\\_Transicao\\_para\\_a.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40084576/Relacao_Pais-Filhos_na_Transicao_para_a_Vida_Adulta_Autonomia_e_Relativizacao_da_Hierarquia.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1487204862&Signature=h5zYBF0pTdPUiFiM0zSE7hgmbN8=&response-content-disposition=inline;filename=Relacao_Pais_Filhos_na_Transicao_para_a.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2017.

SILVA, DalvaCezar da *et al.* Influence of social networks on the therapeutic itineraries of people with venous ulcer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p.90-96, set. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472014000300090&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472014000300090&script=sci_arttext&lng=pt)>. Acesso em: 19 jun. 2016.

SILVA, Marta Angélica Lossiet *al.* Fatores de proteção para a redução da vulnerabilidade à saúde. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 3, p.653-8, jul-set. 2015.

SLUZKI, C. E. Redes pessoais sociais e saúde: Implicações conceituais e clínicas de seu impacto recíproco. **Famílias, Sistemas e Saúde**, São Paulo, v. 28, n. 1, p.1-18, 2010.

SOARES, Tufi Machado *et al.* Fatores associados ao abandono escolar no ensino médio público de Minas Gerais. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 41, n. 3, p.757-772, set. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-97022015000300757&lng=pt&nrm=iso&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022015000300757&lng=pt&nrm=iso&lng=en)>. Acesso em: 05 jun. 2016.

TOMÉ, Gina *et al.* Influência do grupo de pares e monitorização parental: diferenças entre gêneros. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, Lisboa, v. 2, n. 3, p.237-259, dez. 2012. Disponível em: <[http://dspace.lis.ulsiada.pt/bitstream/11067/281/1/rpca\\_v3\\_n2\\_3\\_texto.pdf](http://dspace.lis.ulsiada.pt/bitstream/11067/281/1/rpca_v3_n2_3_texto.pdf)>. Acesso em: 07 ago. 2016.

TRIGO, Sofia *et al.* Representações sociais de adolescentes sobre o consumo de drogas. **Arquivos de Medicina**, Porto, v. 29, n. 2, p.39-45, jan. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0871-34132015000200002&lang=pt](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132015000200002&lang=pt)>. Acesso em: 18 set. 2015.

VERDI, Marta Inez Machado; Freitas, Tanise Gonçalves de; Souza, Thaís Titon de. Projeto de saúde no território [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina;. 1. ed. – Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

## DOENÇA RENAL CRÔNICA E SAÚDE COLETIVA: REVISÃO DE LITERATURA

**Leonardo Ayres Neiva**  
**Lucas Ramos de Paula**  
**Rafael Assem Rezende**  
**Queren Hapuque Barbosa**  
**Taciane Elisabete Cesca**  
**Raquel Gomes Parizzotto**  
**Lorena Oliveira Cristovão**

**RESUMO:** Este trabalho tem por objetivo analisar as evidências científicas sobre as estratégias de Saúde Coletiva na Doença Renal Crônica. Vislumbra-se ainda, a observação de formas de diagnóstico, tratamento e terapêuticas para o manejo dessa condição clínica. Para tanto, realizou-se buscas nas bases de dados *Scielo* e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) utilizando como descritores os termos: “Doença Renal Crônica”, “Nefropatias” e “Saúde Pública”. Foram encontrados 49 artigos, sendo 08 no Portal da BVS e 41 no *Scielo*. Após a busca realizou-se a leitura dos títulos e resumos desse material selecionando, ao final, 07 artigos referentes ao tema “Doença Renal Crônica” e “Saúde Coletiva”. Os resultados consistiram em prevalência de pacientes do sexo masculino, houve aumento de pacientes ao longo dos anos, 56,8% dos entrevistados eram casados, em relação aos erros no diagnóstico constatou-se que os médicos generalistas mais jovens obtinham menor índice de erro e que ainda assim

a necessidade de profissionais especializados é alta. Logo, as estratégias de saúde coletiva têm como foco reduzir os problemas encontrados durante o tratamento da Doença Renal Crônica.

### INTRODUÇÃO

A doença renal crônica é uma nefropatia que acomete pessoas de idades variadas. As duas principais causas de insuficiência renal crônica são a hipertensão arterial e o diabetes mellitus. O tratamento mais adequado a essa nefropatia é a hemodiálise.<sup>1</sup>

A rotina do paciente e de suma importância uma vez que ela será alterada, totalmente, após o início do tratamento a vida conjugal do paciente tem relação direta com o tratamento, a distância entre a residência e o centro terapêutico e a profissão do paciente também são variáveis relevantes para o tratamento.<sup>36</sup>

Os custos da hemodiálise, bem como os medicamentos utilizados para prevenir e tratar a depressão, foram avaliados notou-se que o número de pacientes que necessitam do serviço de hemodiálise aumentou nos últimos anos<sup>4</sup>.

A análise de médicos generalistas também é importante no diagnóstico da doença renal crônica e no seu tratamento, realizou-se um questionário com médicos generalistas a fim de concluir a taxa de erros médicos com base em

casos clínicos aplicados nos casos clínicos.<sup>5</sup>

Portanto, as estratégias de saúde coletiva contribuem para o emocional do paciente, diminuição de erro médico, busca do tratamento adequado e prevenção da Doença Renal Crônica.

## OBJETIVO

Analisar as evidências científicas sobre as Estratégias de Saúde Coletiva na Doença Renal Crônica

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados referentes ao conteúdo dos artigos podem ser visualizados no quadro abaixo:

Fonte	Tipo de estudo	N/idade/Ano/Local	Principais achados	Resultados
Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família	Estudo transversal com delineamento epidemiológico, descritivo e observacional.	N=511 adultos Idade=maiores de 20 anos Local=Goiânia.	a prevalência global de Doença Renal Crônica , foi alta, predominando pacientes com albuminúria e Taxa de Filtração glomerular normal, estágios 1 e 2 da Doença Renal Crônica. Constituíram fatores associados a esta doença: idade $\geq$ 60 anos, sexo masculino, Diabetes mielitus e consumo de álcool, enquanto a associação com Taxa de Filtração glomerular $<$ 60 ocorreu apenas com idade $\geq$ 60 anos.	O consumo de álcool representa risco importante ( $>$ 50%) para o desenvolvimento de albuminúria se consumido em quantidades elevadas. Não foi observada relação significativa entre sobrepeso/ obesidade e danos renais. Nos indivíduos com idade $\geq$ 60 anos, há chances 4,21 vezes maiores de diminuição na Taxa de Filtração glomerular e 2,37 vezes maiores de desenvolver albuminúria. A Doença Renal Crônica é tanto causa quanto consequência de Hipertensão Arterial, a qual, por sua vez, constitui a primeira causa atribuída de Doença Renal Crônica terminal no Brasil. O tabagismo, outro fator de risco avaliado, está associado ao desenvolvimento de albuminúria, fato que pode progredir para doença renal progressiva.

Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise	Entrevista	N=9 pessoas com IRC, (5 eram do sexo feminino e quatro 4 do sexo masculino) Idade: entre 40 e 88 anos. Ano: Submissão: 03-12-2009 Aprovação: 18-11-2011 Local: Centro de Nefrologia e Diálise (CND) de um hospital localizado na cidade do Rio Grande-RS	Descoberta tardia deve-se à fragilidade de conhecimento da população quanto à prevenção e, pode-se dizer, à fragilidade da atenção em saúde oferecida pelos profissionais de saúde, em relação aos esclarecimentos acerca da relevância da preservação da função renal para o nosso corpo, dos cuidados necessários com o sistema urinário, dos riscos presentes em afecções urinárias	As mudanças no estilo de vida acarretadas pela insuficiência renal crônica e pelo tratamento dialítico ocasionam limitações físicas, sexuais, psicológicas, familiares e sociais, que podem afetar a qualidade de vida. Na vivência cotidiana com estes pacientes, os mesmos expressam sentimentos negativos, como medo do prognóstico, da incapacidade, da dependência econômica e da alteração da autoimagem. Dessa forma, o tratamento dialítico é tão importante quanto a sensibilidade e apoio da família e profissional de saúde.
O Trabalho de prevenção e promoção da saúde com pacientes renais atendidos por uma interdisciplinar: Desafios e construções.	Estudo qualitativo com entrevistas semiestruturadas e avaliadas segundo a técnica de análise de discurso.	N= 5 membro da equipe técnica e 5 pacientes Ano: Dez/2007 Local: Rio de Janeiro Idade= Entre 44 e 82 anos	Compreensão entre a importância de um tratamento interdisciplinar a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente e de evitar a progressão da doença através da prevenção e da promoção de saúde.	Um programa interdisciplinar (médico, enfermeira, psicóloga, nutricionista e assistente social) promove conforto para o paciente durante a evolução do tratamento da Doença Renal Crônica. Além disso, melhora sua qualidade de vida, dá autonomia no dia-a-dia, aumenta sua consciência sobre o estágio de sua doença e também uma maior adesão ao tratamento. Para tais feitos, a equipe deve ser integrada e possuir boa capacidade de entrosamento entre si e para com os pacientes. A função da interdisciplinaridade é a promoção da saúde e do auxílio ao paciente em relação a aspectos clínicos, físicos, sociais e psicológicos.
Panorama do tratamento hemodialítico financiado pelo Sistema Único de Saúde - Uma perspectiva econômica	Estudo observacional transversal e coorte prospectiva.	N=96.600 Idade=40 e 69 anos Ano=2009 Local=estado de São Paulo	Ao observar os pacientes em tratamento dialítico inseridos nos dados do DATASUS, foi possível descrever o padrão de utilização de análogos de vitamina D e a incidência de diferentes complicações, sendo as de procedência cardiológica mais frequentes.	Um crescimento no número de pacientes submetidos à hemodiálise no período analisado e um aumento do custo associado a doença.

<p>Projeto de reativação e implantação do Programa de Monitoramento da <b>Água Tratada para Hemodiálise do Estado de São Paulo, SP, Agosto de 2009.</b></p>	<p>Investigação sanitária e procedimentos laboratoriais.</p>	<p>N= Em 2007, 69 serviços; em 2008, 104 serviços. Ano: 2009 Local: Brasil (Estado de São Paulo).</p>	<p>Avaliar, sistematicamente, a qualidade da água necessária ao tratamento dialítico; detecção precoce da doença renal e adoção de condutas terapêuticas apropriadas; diagnósticos de hipertensão arterial e diabetes <i>mellitus</i> como determinantes da insuficiência renal; identificar situações de não conformidades no padrão de qualidade da água tratada e propor ações corretivas apropriadas; desenvolver as medidas necessárias para assegurar a qualidade da água utilizada no tratamento dialítico, em cumprimento às especificações na Resolução RDC nº 154/2004; Monitorar a qualidade da prestação dos serviços de diálise e dos potenciais riscos à saúde a que se expõem os pacientes renais crônicos; Monitorar os parâmetros de qualidade da água preconizados na RDC Nº 154 de 15/06/2004.</p>	<p>Dados preliminares de 2007 dos resultados das análises realizadas nas amostras de água tratada para diálise colhidas em 69 clínicas, na Capital e Grande São Paulo, apontaram que 50,72% (35) encontravam-se, na sua totalidade, de acordo com os padrões estabelecidos, enquanto que 49,28% (34) estariam apresentando inconformidades, em pelo menos um dos pontos de amostragem; clínicas que sinalizaram irregularidades foram colhidas um total de 204 amostras, nas quais 65,7%(134) foram consideradas satisfatórias, 31% (61) insatisfatórias e 3%(7) invalidadas; No ano de 2008, o programa de monitoramento teve sua abrangência estendida para o Interior, procedeu-se a coleta de amostras em 104 clínicas, cujos resultados foram considerados favoráveis em 71 (68,27%) e desfavoráveis em 33 (31,73%) delas. Nas clínicas que mostraram irregularidades foram colhidas 208 amostras, sendo 145 (69,7%) dos resultados considerados satisfatórios, 53 (25,48%) insatisfatórios e 8 (3,85%) invalidadas.</p>
<p>Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>N= 62 médicos da atenção primária (de uma amostra de 84), onde a maioria tem a especialização em medicina da Família. Idades= Variam de 28 anos até 47anos. Ano= De agosto de 2011 até fevereiro de 2012. Locais= Cidade de Fortaleza, Ceará.</p>	<p>Detectou-se que os médicos da APS, fazem o encaminhamento para um especialista mesmo o Taxa de Filtração glomerular sendo pouco, mostrando certa cautela e até insegurança, porém ¼ dos médicos que identificam Doença Renal Crônica avançadas não encaminham para a atenção secundária. Foi cogitado a ida de especialista para complementar a área primária, como uma tática para identificação de casos primários e potencializando o ato de cuidar (Modelo de Referência e Apoio Especializado Matricial). Os jovens com seus cuidados, com sua rigidez e preocupação, pedem mais exame e encaminham mais, assim atingindo mais vezes o sucesso do diagnóstico em estágios iniciais da Doença Renal Crônica. A falta de uma rede, com suas várias raízes e suas várias formas de tratar e prevenir doenças em pacientes foi um ponto concluído.</p>	<p>Após a avaliação observou-se que médicos sem vínculo com o serviço público mediam mais Taxa de Filtração glomerular e que quando falamos de idade e tempo de formado, os mais novos e com menos tempo de formado encaminham a atenção secundária (nefrologista) com mais frequência em casos de Taxa de Filtração glomerular normal ou em redução, porém quando se trata de detecção de Doença Renal Crônica os mais novos e/ou o com menos tempo de formado detectam mais casos. Nos casos de redução elevada de Taxa de Filtração glomerular, não houve diferenças nos perfis quando se trata do encaminhamento. Enfim, conclui-se que a necessidade da implantação do “apoio especializado matricial” (englobando especialistas nefrologistas na área primária de saúde) e alterar a formação médica para evitar o reducionismo, são medidas necessárias e que potencializaram a saúde como o ato de cuidar do próximo</p>

Auto avaliação de saúde por paciente em hemodiálise no Sistema Único de Saúde	Estudo transversal	N=1621 Pacientes 81 serviços de diálise no Sistema Único de Saúde Ano: 2007 País: Brasil	Os dados pesquisados envolviam as características sociodemográficas: sexo, idade, cor ou raça, anos completada de estudo, estado civil e tempo de deslocamento entre a casa e o serviço de diálise. Observou-se que todas essas variáveis influem na auto avaliação do paciente, também o número de máquinas de hemodiálise, concluiu-se que o estado civil influi na qualidade de vida do paciente já que a família se constitui uma preocupação a mais porém a família oferece suporte emocional ao doente sendo esse suporte emocional de importância fundamental para o tratamento do paciente, além disso o tempo necessário para chegar ao hospital influi negativamente nessa avaliação devido ao cansaço que o paciente enfrenta no procedimento de hemodiálise que é demorado altera os horários de sono do paciente; condições inadequadas de atendimento aumentam o risco de auto avaliação negativa bem como serviços de diálise com menor estrutura.	54,5% dos entrevistados descreveram sua saúde como Ruim, conforme as características sociodemográficas as mulheres comportaram 43,6% dos entrevistados, 56,8% dos entrevistados eram casados, 23,8% divorciados. Também observou-se que 18,6% dos entrevistados necessitam de mais de uma hora para chegar ao serviço de diálise, 19,3% entre 41 minutos e uma hora, 28,6% entre 20 e 40 minutos, e 33,5% menos que 20 minutos. Cerca de 24,7% dos paciente apresentavam dificuldades para dormir em boa parte do tempo, 52,8% não apresentavam dificuldade.
---	--------------------	---	---	--

Quadro 1. Dados de Fonte, Tipo de estudo, dados sociodemográficos, principais achados e resultados referentes à “Doença Renal Crônica” e “Saúde Coletiva”.

Nos artigos selecionados foram observados '98.950' pacientes com Doença Renal Crônica, que tinham idade entre 21 e 88, sendo que os estudos foram realizados entre 2007 e 2012. Foi encontrada a prevalência de doentes do sexo masculino (47,4%) que consumiam álcool, isso demonstra a fragilidade na prevenção da doença, desse modo é necessário adotar o programa interdisciplinar para doentes crônicos que preza pela melhora da qualidade de vida, autonomia e adesão do tratamento. Com o aumento do número de pacientes no tratamento os custos aumentaram e foi necessária a análise de amostra da água utilizada no tratamento de diálise e constatou que 50,7% do volume estava de acordo com os padrões e 49,3% apresentaram inconformidades. Além da análise da qualidade do tratamento, os erros no diagnóstico foram analisados e revelou-se entre os médicos generalistas recém formados o índice de erro é menor e reforçou a necessidade de apoio especializado.

## CONCLUSÃO

Pode-se concluir com este levantamento literário sobre “Doença Renal Crônica” e “Saúde Coletiva” que a predominância de Doença Renal Crônica ocorre no sexo masculino, entre a idade de 21 e 88 anos, e, referente as estratégias de Saúde Coletiva, observou-se necessidade na prevenção destas doenças crônicas, a importância da

equipe interdisciplinar nesse contexto, a capacitação profissional para o manejo clínico e a importância na qualidade dos serviços. Além disso o número de doentes aumentou bem como os custos devido o advento de novas tecnologias. Revelou-se também que os médicos generalistas mais jovens, devido a pouca experiência no trabalho é mais criterioso e apesar de pedirem muitos exames os diagnósticos haviam menor índice de erro, desse modo é possível notar que as estratégias de saúde adotadas estão reduzindo o risco de erro médico, e assim evitando tratamentos e medicamentos inadequados, pois é possível reduzir o risco de depressão do paciente logo, não será necessária a compra de Medicamentos.

## REFERÊNCIAS

Marcus Gomes Bastos, Rachel Bregman, Gianna Mastroianni Kirsztajn. doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável.

<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a28v56n2.pdf>

Edna Regina Silva Pereira, Aline de Castro Pereira, Guilherme Borges de Andrade, Alessandra Vitorino Naghettini, Fernanda Karolline Melchior Silva Pinto, Sandro Rodrigues Batista Solomar Martins Marques. Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família.

<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n1/0101-2800-jbn-38-01-0022.pdf>

Tiago Ricardo Moreiral , Luana Giattill, Cibele Comini CesarIII, Eli Iola Gurgel AndradeIV, Francisco de Assis AcurcioV , Mariângela Leal CherchigliaIV. Autoavaliação de saúde por pacientes em hemodiálise no Sistema Único de Saúde.

[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872016050005885.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050005885.pdf)

Fabiana Gatti de Menezes, Daniela Veit Barreto, Rodrigo Martins Abreu, Fabiana Roveda, Roberto Flavio Silva Pecoits Filho. Panorama do tratamento hemodialítico financiado pelo Sistema Único de Saúde - Uma perspectiva econômica.

<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n3/0101-2800-jbn-37-03-0367.pdf>

Paulo Félix de Almeida Pena, Aluísio Gomes da Silva Júnior, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Gracyelle Alves Remigio Moreira, Alexandre Braga Libório. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento.

<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a28.pdf>

Alessandra Silva da Silval , Rosemary Silva da Silveirall, Geani Farias Machado FernandesI , Valéria Lerch Lunardill, Vânia Marli Schubert BackesI. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise.

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a06v64n5.pdf>

Maria Isabel S. J. Marcatto , Mônica Ap. Fernandes Grau , Nadia Carvalho da Silva Müller. Projeto de reativação e implantação do Programa de Monitoramento da Água Tratada para Hemodiálise do Estado de São Paulo, SP, Agosto de 2009.

<http://ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4578>

Cláudia Aparecida de Carvalho1 , Fabiane Rossi dos Santos. O trabalho de prevenção e promoção da saúde com pacientes renais atendidos por equipe interdisciplinar: Desafios e construções.

<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/116/230>

## GRUPOS TERAPÊUTICOS COMUNITÁRIOS: UMA PROPOSTA DE EMPODERAMENTO DOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO BÁSICA

### **Polyana Luz de Lucena**

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança  
(FACENE)

João Pessoa-PB

### **Marcela Medeiros de Araujo Luna**

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança  
(FACENE)

João Pessoa-PB

### **Arethusa Eire Moreira de Farias**

Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

João Pessoa -PB

### **Vilma Felipe Costa de Melo**

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança  
(FACENE)

João Pessoa-PB

**RESUMO:** A Terapia Comunitária (TC) é uma tecnologia do cuidado a ser implantada pelas Equipes da Atenção Básica (AB). A TC é formada por Grupos Comunitários (GC) que buscam, através da fala e da escuta, o acolhimento, o autoconhecimento e a aproximação dos seus integrantes resultando em co-responsabilização e enfrentamento. Esses grupos têm estilo aberto permitindo a entrada de mais membros no decorrer da formação. Sugere a existência de um líder facilitador das atividades e o processo grupal, sendo um profissional no início e depois um membro experiente do grupo. Os GC voltados para a AB são propostos para

demandas impactando os indicadores de saúde oferecendo um espaço integrativo, onde os usuários participam no seu processo de cuidar de si e do outro. Assim, esses grupos comunitários podem acolher demandas em saúde, seguindo as necessidades do território a exemplo de: “GC de gestantes”, “GC de usuários de psicotrópicos”. Para isso, propõe-se a formação de GC vinculadas a AB em João Pessoa, coordenado, a princípio, pelos profissionais de saúde através de rodas de conversa, momentos vivenciais, trocas de experiências, desenvolvimento de temáticas junto com os usuários interessados e demais demandas da comunidade a fim de proporcionar aos membros empoderamento e práticas do cuidado. Com essa experiência, elaborar-se-á um Manual mediante as experiências-piloto para viabilizar sua replicação em outras Unidades Básicas de Saúde. Espera-se que a formação dos grupos com essa proposta, encontre sua capacidade terapêutica, fomentando o empoderamento dos usuários e como instrumento aliado às práticas do Cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Grupos Terapêuticos; Empoderamento; Atenção Básica.

### 1 | INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2006), as formas tradicionais de

organização do trabalho em saúde a partir da ótica das profissões não são suficientes para assegurar a humanização das práticas do cuidado, gerando reflexões e atuações fragmentadas. Entre as experiências voltadas à saúde mental na Atenção Básica (AB), a Terapia Comunitária surge no panorama nacional como uma tecnologia do cuidado de amplo alcance e baixo custo operacional, podendo ser implantada pelas Equipes de Saúde na Família (ESF) na rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS) a fim de construir redes sociais humanitárias no intuito de minorar o sofrimento psíquico da população atendida. A partir da publicação da Portaria GM Nº 971 em Maio de 2006 que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas (PNPIC), a Terapia Comunitária passa ser reconhecida pelo MS como Prática de Saúde Integrativa e Complementar especialmente em relação à Saúde Mental das pessoas da comunidade. A terapia comunitária integrativa é considerada uma tecnologia do cuidado. Enquanto conceito que fundamenta essas práticas, se pauta na formação de um coletivo que busca através do movimento de fala e de escuta dos seus integrantes, o autoconhecimento e a aproximação de um olhar diferenciado para suas vidas. É nesse espaço onde a comunidade pode se apropriar e compartilhar suas histórias e experiências de vida, aliando o saber popular ao cotidiano das práticas de saúde. A ligação entre esses integrantes-usuários se une a uma proposta de co-responsabilização dos usuários da AB no apoio, no enfrentamento e na busca de soluções (Carício, 2010). Os grupos comunitários na AB costumam ser espaços centrados em tipos de agravos, doenças ou demandas específicas do território de saúde (hipertensão, diabetes, cuidados com terceira idade, atividades físicas, etc.) com a finalidade de impactar nos indicadores de saúde e oferecer um espaço de integração onde os usuários tem participação ativa no seu processo de cuidar de si mesmo e do outro. O objetivo dos grupos comunitários é reforçar as habilidades de resiliência e de proteção mútua (Brasil, 2013; Zimerman & Osorio, 1997).

## 2 | OBJETIVOS

Tendo em vista esses pressupostos, o objetivo desse trabalho é o de propor a formação de grupos de terapia comunitária pelas equipes de Saúde da Família (ESF's), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de João Pessoa, com formato inicial coordenado pelos profissionais das mais diversas áreas (enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta holístico, psicólogo, agente comunitário de saúde, etc.) envolvidos no cuidado em saúde aos usuários e por estes últimos, com proposta de “rodas de conversa”, momentos vivenciais, desenvolvimento de temáticas a partir das demandas da comunidade, favorecendo o conhecimento original do usuário, culminado no seu empoderamento, gerando práticas do cuidado a partir da perspectiva deste, a fim de que o grupo possa ser desenvolvido na perspectiva de autogestão pela própria comunidade de acordo com suas necessidades.

### 3 | MÉTODOS

Para a realização deste trabalho, pretende-se lançar a proposta de formação dos grupos às gerências das UBS's nos cinco distritos sanitários do município de João Pessoa, a partir de reuniões com a equipe para explanação da configuração dos grupos através de um Manual “passo-a-passo” para a implantação desta prática, para posteriormente captar os usuários que tenham interesse, delimitando-se um público-alvo que podem ser escolhidos, dentre estes: mulheres gestantes, ou mulheres no climatério, ou idosos, ou adolescentes, ou homens, ou usuários de medicação psicotrópica, etc; para que, sejam planejadas as ações e o manejo do(s) mesmo(s): atividades, demandas dos sujeitos, temáticas a serem apresentadas, rodas de conversa, momentos vivenciais, etc. Há ainda a possibilidade de se buscar parcerias junto às Universidades e Faculdades através de projetos de extensão e discentes, reforçando o papel da Educação em saúde como um dos pilares de trabalho em Saúde Pública.

### 4 | DISCUSSÃO

A experiência com grupos, segundo Brasil (2013), proporciona uma troca de saberes e mudanças na subjetividade de seus integrantes a partir do seu manejo e da finalidade a que se destinam, diferentemente dos movimentos encontrados nos atendimentos individuais nos serviços de saúde; isto se dá por meio da diversidade e trocas de experiências entre os seus participantes, tornando o trabalho enriquecedor. De acordo com Ribeiro (1994), tudo o que ocorre no durante a sessão grupal provoca uma reflexão profunda nos participantes e muitas vezes os sentimentos ocorridos ali são compartilhados ou geridos individualmente. Todo o movimento do grupo segue para um ponto de mudanças significativas e o contato com a fala do outro é o elemento essencial desse processo. De acordo com os Cadernos da Atenção Básica em Saúde Mental (Brasil, 2013), o trabalho com grupos deve estar pautado na mutabilidade e na troca de vivências entre os profissionais e usuários envolvidos, sempre em conexão com a realidade de onde veio este sujeito a partir das suas experiências subjetivas, sejam elas familiares ou sociais. O grupo se configura como uma prestação de serviço à comunidade e um aliado à rede social de cuidado aos usuários, favorecendo a territorialidade. Essa perspectiva de grupos deve estar pautada no movimento entre a criatividade e a formalidade, preconizando a originalidade do saber do usuário, a fim de que sua realidade esteja em sintonia com a realidade dos profissionais envolvidos também no processo para que seus saberes sejam valorizados, quebrando-se assim a hegemonia do paradigma do saber médico. Tendo isso em vista, ao se propor um grupo dentro de um serviço de saúde, é preciso refletir se esse meio de trabalho pode atender aos objetivos estabelecidos pelas políticas sobre a atenção integral, quais seriam os impactos nos indicadores de saúde e se esses podem se traduzir em autonomia nas

práticas do cuidado (Brasil, 2013). Pensar na forma como o grupo pode auxiliar as pessoas dentro do seu processo de adoecimento ou como uma forma de facilitar o apoio mútuo pode ser um instrumento de auxiliar de empoderamento comunitário e de co-responsabilidade com a unidade de saúde. Um dos fatores mais importantes dentro do processo grupal é a facilitação da autonomia dos seus integrantes. Esse movimento vai de acordo com as características do grupo e das pessoas que neles permanecem. De acordo com Ribeiro (1994), isso seria reflexo da própria característica humana que aponta para uma auto-regulação e uma autodeterminação dentro do seu desenvolvimento. Essas qualidades são refletidas no grupo no sentido de produzir a sua própria matriz de auto-regulação, cuidado e de buscar os próprios processos de cura. Rogers (1994), afirma que a medida que o grupo interage e se torna cada vez mais espontâneo no contato com o outro, o próprio grupo vai se criando naturalmente a sua própria característica de cuidar e de acolher o outro na sua individualidade, o grupo torna-se terapêutico de fato. Esse autor afirma que a atitude do facilitador (profissional) deve agir de modo a permitir que os membros tomem essa atitude receptiva e aberta com o outro. Por isso, o grupo deve ser proposto de forma a proporcionar a participação ativa de seus usuários como integrantes empoderados dentro do seu processo de saúde-doença como na atuação cidadã. Os sujeitos merecem uma escuta qualificada em suas necessidades e também saber acolher o outro a fim de contribuir com o processo formativo próprio dos grupos, corroborando com as demandas particulares e coletivas desenvolvendo assim, um genuíno senso de pertença ente seus integrantes (Brasil, 2013). Esta oportunidade de capacitar os usuários, valorizá-los em suas experiências e saberes é que se configuram como novas práticas de cuidados e suas tecnologias, totalmente passíveis de replicação nos serviços de saúde na Atenção Básica.

## 5 | RESULTADOS

Enquanto um resultado primitivo dessas notas de discussão, espera-se que os objetivos deste trabalho sejam devidamente atingidos: a formação dos grupos terapêuticos segundo a estrutura proposta, que encontrem sua capacidade terapêutica, fomentando o empoderamento dos usuários e como um instrumento aliado das Unidades Básicas de Saúde nas práticas do Cuidado. Espera-se ainda, que este modelo de trabalho possa ser replicado em outras Unidades de Saúde (UBS's) e possivelmente em outros órgãos da Atenção Básica, de acordo com as demandas dos usuários de cada órgão.

## 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da reflexão sobre esse tema, é possível compreender a proposta de criação de grupos comunitários terapêuticos como uma ferramenta de empoderamento

dos usuários dos serviços de saúde na Atenção Básica, a partir do desenvolvimento da autogestão e valorização de saberes e práticas originais da comunidade, respeitando a sua territorialidade. Por ser uma tecnologia acessível e que envolve as características dos profissionais envolvidos no cuidado, acredita-se que é necessário o investimento pessoal desses para que se tornem facilitadores de algum processo grupal. Cabe lembrar, que a formação grupal dentro dos serviços de saúde podem ter efeitos para além do “terapêutico”, refletem os efeitos na vida e rotina social dos seus integrantes e a depender dos objetivos de cada grupo, pode ser um reforço a aliança cidadã desses usuários.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. (2013). **Cadernos da atenção básica: Saúde Mental**. Ministério da Saúde: Brasília.

BRASIL.(2006). Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no sistema único de saúde. **Portaria n.971,de03de01de2006**. Disponível em:<[portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf)> acesso em 16 abr 2017.

BRASIL. (2006). **Política Nacional de Humanização**. Ministério da Saúde: Brasília.

BRASIL. (2006). **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS– PNPIC-SUS: atitude de ampliação de acesso**. Ministério da Saúde: Brasília (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CARÍCIO, M. R. (2010). **Terapia comunitária: Um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba: João Pessoa.

ROGERS, C. R. (1994). **Grupos de encontro**. 7ed. Martins Fontes: São Paulo.

RIBEIRO, J. P. (1994). **Gestalt-terapia: o processo grupal: uma abordagem fenomenológica da teoria do campo e holística**. Summus: São Paulo.

ZIMERMAN, D. E. & Osório, L. C. (1997). **Como trabalhamos em grupos**. Artes Médicas: Porto Alegre.

## MAGNITUDE E COMPORTAMENTO DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NO ESTADO DE RORAIMA

### **Maria Soledade Garcia Benedetti**

Secretaria de Saúde do Estado de Roraima  
Universidade Federal de Roraima  
Boa Vista - Roraima

### **Thiago Martins Rodrigues**

Secretaria de Saúde do Estado de Roraima  
Boa Vista - Roraima

### **Roberto Carlos Cruz Carbonell**

Secretaria de Saúde do Estado de Roraima  
Universidade Federal de Roraima  
Boa Vista - Roraima

### **Calvino Camargo**

Universidade Federal de Roraima  
Boa Vista - Roraima

**RESUMO:** O objetivo deste artigo é contextualizar a ocorrência das doenças de notificação compulsória enfatizando suas bases históricas, sua magnitude e comportamento em Roraima. **MÉTODO:** Estudo descritivo por meio do levantamento de dados realizado através da revisão bibliográfica, além de uma pesquisa documental das publicações oficiais do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria de Saúde do Estado de Roraima (SESAU). A metodologia utilizada foi a descrição da magnitude e comportamento das doenças e agravos de notificação compulsória no estado de Roraima período de 1962 a 2016. **CONCLUSÃO:**

A malária e as arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* são endemias de difícil controle, caracterizadas por altas incidências e com a introdução da chikungunya e zika, houve o incremento de doenças reumatológicas e de microcefalia, respectivamente. As doenças negligenciadas ainda representam sério problema de saúde pública como a hanseníase, tuberculose, tracoma, leishmanioses. A propagação das doenças negligenciadas está diretamente associada à precária condição de vida em que vive um número cada vez maior de pessoas, bem como a dificuldade dos gestores públicos na implementação de políticas públicas que visam combatê-las. Vive-se uma “epidemia” de agressões por animais potencialmente transmissor da raiva. As doenças imunopreveníveis encontram-se com coberturas heterogêneas o que as tornam passíveis de reintrodução e ocorrência de surtos.

**PALAVRAS-CHAVES:** Doenças de notificação compulsória, vigilância epidemiológica, Roraima.

**ABSTRACT:** The objective of this article is to contextualize the diseases of compulsory notification emphasizing its historical bases, its magnitude and behavior in Roraima. **METHODS:** This was a descriptive study by means of data collection carried out through the

bibliographic review, as well as a documentary research of the official publications of the Ministry of Health (MS) and the Health Department of the State of Roraima (SESAU). The methodology used was the description of the magnitude and behavior of diseases and diseases of compulsory notification in the state of Roraima from 1962 to 2016. **CONCLUSION:** Malaria and arboviruses transmitted by *Aedes aegypti* are difficult to control endemic diseases characterized by high incidence and the introduction of chikungunya and zika, there was an increase in rheumatological and microcephaly diseases, respectively. Neglected diseases still pose a serious public health problem such as leprosy, tuberculosis, trachoma, leishmaniasis. The spread of neglected diseases is directly associated with the precarious living conditions in which more and more people live, as well as the inefficiency of public managers in the implementation of public policies aimed at combating them. There is an “epidemic” of aggressions by animals potentially transmitting rabies. Immunopreventable diseases are found with heterogenous coverages which make them susceptible of reintroduction and occurrence of outbreaks.

**KEYWORDS:** Compulsory notification diseases, epidemiological surveillance, Roraima.

## 1 | INTRODUÇÃO

A vigilância epidemiológica (VE) ao longo do tempo foi institucionalizada e assumiu contornos mais definidos com relação ao seu campo de atuação por meio de preceitos legais. As funções da VE são contínuas e buscam conhecer a magnitude, o comportamento e as características epidemiológicas dos agravos e Doenças de Notificação Compulsória (DNC) de forma oportuna. Somado a isso, o processo de descentralização das funções e responsabilidades implicou na execução das atividades de VE para o nível local.

As DNC são assim designadas por constarem na lista de doenças e agravos de notificação compulsória, em âmbito mundial, nacional, estadual e municipal. São doenças cuja gravidade, magnitude, transcendência, capacidade de disseminação do agente causador e potencial de causar surtos e epidemias exigem medidas eficazes para sua prevenção e controle (SAMPAIO, 2006).

Considerando-se a importância da notificação compulsória como elemento primordial para o desencadeamento de ações de vigilância em saúde, a notificação em sistemas de vigilância em saúde é essencial para a monitorização adequada de atividades de prevenção e controle de agravos e doenças. O objetivo deste artigo é contextualizar as doenças de notificação compulsória enfatizando suas bases históricas, sua magnitude e comportamento em Roraima.

## 2 | MÉTODOS

Estudo descritivo por meio do levantamento de dados realizado através da revisão bibliográfica, além de uma pesquisa documental das publicações oficiais do

Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria de Saúde do Estado de Roraima (SESAU). A metodologia utilizada foi a descrição da magnitude e comportamento das doenças e agravos de notificação compulsória no estado de Roraima período de 1962 a 2016.

### 3 | EVOLUÇÃO DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Os primeiros dados de morbidade relacionado as DNC são os de malária e remontam ao ano de 1962 quando a população do estado de Roraima era de 30.820 habitantes. Nesse ano foram realizados 2.230 exames para malária com 41% de positividade e o índice parasitário anual (IPA) de 29,8 por 1.000 habitantes. Alguns eventos foram importantes para o incremento da malária no estado, em 1978, houve o garimpo de Santa Rosa (IPA de 108,2/1.000 habitantes), em 1981 projeto de colonização (IPA 140,9), em 1989, auge do garimpo em área Yanomami (IPA 161,6), e em 1996, projeto de colonização (IPA 143,3) (RORAIMA, 1996). O IPA teve importante queda desde 2010 (48,4/1.000 habitantes) e apresenta decréscimo contínuo.

Nas últimas décadas, a malária em área indígena se tornou um problema no estado, e mais recentemente se mantém com importante número de casos. Em 2015 ocorreram 2.629 casos um aumento de 60% com relação a 2014 (BENEDETTI, 2015), e em 2016, 50% dos casos de malária ocorreram em área indígena (BENEDETTI, 2017). Soma-se a isso, os casos de malária importados de outras Unidades Federadas (UF) e principalmente de outros países como a Venezuela e Guiana, em maior número, casos de brasileiros que atuam em garimpo nesses países. Esse quadro se agravou desde 2014, sobretudo, no segundo semestre de 2016 com o aumento da migração de venezuelanos fugindo da crise econômica e em busca de melhores condições de vida em Roraima, esse fenômeno fez aumentar o número de casos de malária importada no município fronteiriço de Pacaraima, em Boa Vista, e hoje, existe malária importada em praticamente todos os municípios.

Na década de 1980 as principais doenças de interesse da saúde pública além da malária devido aos assentamentos agrícolas e o garimpo, eram as leishmanioses, tanto a leishmaniose tegumentar americana (LTA) como a leishmaniose visceral (LV), além das hepatites virais. A LV foi notificada pela primeira vez em 1980 em um paciente procedente de Normandia (GUERRA et al., 2004).

Os dados de Febre Amarela, todos silvestre mais remotos são de 1984 (RORAIMA, 1996) quando foram notificados três casos da doença no estado. Até 2007 houveram 26 casos de febre amarela silvestre, o surto em 1998 com a ocorrência de sete casos teve importante participação de indígenas da Guiana (BENEDETTI, 2000), desde então foi intensificada a imunização no estado e a doença está sob controle.

É bastante citado na literatura nacional a reintrodução da dengue no Brasil através de Roraima, vindo dos países do caribe nos anos de 1981/82 onde foram registrados cerca 11 mil casos de dengue dos sorotipos 1 e 4 (RORAIMA, 1996; BENEDETTI, 2000) embora restrito a Roraima esse evento mostrou a fragilidade da

VE nas fronteiras. A dengue retornou em 1996 vinda da Região Sul do país e se tornou mais uma endemia. Desde então, apresenta alta incidência, em 2000 a incidência era de 1.266 por 100 mil habitantes, em 2010 (1.559/100.000 habitantes) e desde 2013 está em decréscimo, com 198 casos por 100.000 habitantes em 2015 (BENEDETTI, 2016). Em 1999 houve a introdução do sorotipo 2, em 2000, o sorotipo 1, em 2001 o sorotipo 3, e em 2010, o sorotipo 4 (BENEDETTI, 2017).

Em 1987 foram registrados os dois primeiros casos de Aids no estado e desde houve um aumento exponencial, em 1990 (sete casos), no ano de 2000 (36 casos), em 2010 (122 casos), e em 2016 (362 casos), apesar da política nacional de prevenção do HIV a prevalência está em ascensão passando de 0,18 por 100.000 habitantes em 1987 (BENEDETTI, 2000, 2017) para 70,4 em 2016 (RODRIGUES et al., 2017). As IST, embora haja subnotificação, acompanham aumento de casos ao longo dos anos, em 1993, eram 2.997 notificações com predomínio das mulheres em 90% dos casos, sugerindo falha no sistema de educação sexual (RORAIMA, 1993). Entre 2007 e 2015 foram notificados 252 casos de sífilis congênita (BENEDETTI; SILVA; TAMLOC, 2017).

Em 1990 foram notificadas 25.967 DNC no estado, a malária representou 96,3% dos casos. As hepatites virais ficaram em segundo lugar com 537 notificações, pela dificuldade de realização de sorologia poucos casos tinham confirmação etiológica e eram classificadas clinicamente como “não especificados”. A hepatite C teve o primeiro registro em 1994 com 16 casos. Embora bem menos frequente o tétano acidental registrou quatro casos e o neonatal dois, com letalidade de 50%. A coqueluche, apresenta desde o final da década de 80 a notificação contínua de casos, devido à dificuldade de coleta de amostras e análise laboratorial esses casos têm diagnóstico clínico, em 1990 foram 36 casos, e em 1997 ocorreu um surto com 236 casos, limitado à área indígena (BENEDETTI, 2000).

Entre 1989 a 2000, todos os casos notificados para sarampo (361 casos) e para rubéola (206 casos) têm diagnóstico clínico, somente com a implantação do Plano de Erradicação do Sarampo e Controle da Rubéola em julho de 1999, por meio de um assessor técnico do MS e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é que o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) estadual recebeu capacitação para o diagnóstico no próprio estado. Em 2000, foram confirmados 83 casos de rubéola em surto corrido em Pacaraima (BENEDETTI, 2000).

Em 2000, a notificação de DNC alcançou 41.931 notificações, a malária representava 85,6% dos casos. A dengue, reintroduzida em 1996, registrou 4.100 casos e as hepatites virais quase 1.000, os 101 casos de coqueluche ocorreram em área indígena, e ocorreram 104 casos de meningite, somente 27 foram confirmados por laboratório. As doenças negligenciadas como a hanseníase, tuberculose, LTA estavam em ascensão, provavelmente por melhora na notificação dos casos suspeitos. O tracoma, também uma doença negligenciada, apresenta os primeiros registros em 2002, em busca ativa entre os escolares, com prevalência de 7,8%. Desde então, houve intensificação da busca ativa entre os escolares e em área indígena, a maior

prevalência foi encontrada em 2008, de 38,2% (BENEDETTI; SILVA; SAKAZAKI, 2015; BENEDETTI, 2015) e em 2016, ficou em 11,3%, e é considerada uma doença como alta prevalência (BENEDETTI, 2017).

Desde 2006, a hanseníase vem apresentando redução no número de casos e no coeficiente de detecção, variando de 255 casos em 2006 (63,2 casos por 100.000 hab.) para 82 casos em 2016 (15,9/100.000 hab.), porém há aumento da forma multibacilar e de incapacidades física no diagnóstico (BENEDETTI, 2017). A tuberculose apresenta taxa de detecção estável desde 2007, atualmente é de 26,6 por 100.000 habitantes, a infecção com HIV/Aids, como era esperado, vem aumentando e entre 2009 e 2014 representou 11,6% dos casos (BENEDETTI et al., 2016a).

Em 2016, a DNC mais prevalente é a malária com 8.969 casos, 50% em área indígena. Ocorreram cerca de dois mil casos de dengue (BENEDETTI, 2017). A febre chikungunya foi introduzida no estado em 2014 (BENEDETTI, et al., 2015a) e foi registrado um surto em 2017. Após a introdução do zika vírus em 2015 (BENEDETTI, et al., 2016b) houve incremento de casos de microcefalia passando de 0,19 casos por 1.000 NV para 1,60/1.000 NV (BENEDETTI, et al., 2017a).

Apesar de avanços com relação ao diagnóstico laboratorial com disponibilização de sorologia, teste rápido para hepatite B e C e biologia molecular, cerca de 60% dos casos de hepatites virais tem diagnóstico ignorado. A hepatite B apresenta a maior prevalência, seguido da hepatite C, houve redução de casos de hepatite A (BENEDETTI, 2017).

Hoje, a doença de chagas aguda está em intenso monitoramento devido a ocorrência de um caso autóctone no final de 2015 em residente de área rural de Caracaraí (BENEDETTI, et al., 2016c), e há intensa proliferação de triatomíneos na região de Mucajaí. A LTA reduziu drasticamente, em 2015 foram 622 casos, e em 2016, 192 casos, inversamente, a LV aumentou de 21 para 42, respectivamente (BENEDETTI, 2017).

Após 40 anos, houve um caso fatal de raiva humana, infecção relacionada ao contato do homem com gato infectado pelo vírus rábico (BENEDETTI, et al., 2017b). A alta ocorrência desses acidentes com animais domésticos e/ou silvestres, torna ainda mais necessárias altas coberturas vacinais antirrábica em animais domésticos (BENEDETTI; TAMLOC, 2017).

Embora o MS disponibiliza a vacina antirrábica para todos os animais domésticos a cobertura vacinal no estado nos últimos anos encontrava-se muito abaixo do preconizado, com a ocorrência desse caso fatal se conseguiu impulsionar as coberturas vacinais em animais domésticos. Somente em 2016, ocorreram 3.411 atendimentos antirrábicos após exposição a animais potencialmente transmissor da raiva, desde o ano 2000 quando passou a ser de notificação compulsória é crescente a notificação desse agravo (BENEDETTI, 2014).

As doenças imunopreveníveis, devido a coberturas vacinais não homogêneas, representam uma ameaça. Em 2015, ocorre um caso de sarampo importado de

Fortaleza (CE), não houve caso secundário devido as ações da VE (BENEDETTI, et al., 2015b). Ocorreram 20 casos notificados de coqueluche em 2016 (BENEDETTI, 2017), e recentemente, um caso fatal de difteria, importado da Venezuela. Atualmente, há casos de sarampo na Venezuela representando uma ameaça devido ao risco de reintrodução da doença em Roraima onde a cobertura vacinal não é homogênea e o país corre o risco de perder a certificação de eliminação da doença da OPAS.

#### 4 | CONCLUSÃO

A malária e as arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* são endemias de difícil controle, caracterizadas por altas incidências e com a introdução da chikungunya e zika, houve o incremento de doenças reumatológicas e de microcefalia, respectivamente. As doenças negligenciadas ainda representam sério problema de saúde pública como a hanseníase, tuberculose, tracoma, leishmanioses. A propagação das doenças negligenciadas está diretamente associada à precária condição de vida em que vive um número cada vez maior de pessoas, bem como a dificuldade dos gestores públicos na implementação de políticas públicas que visam combatê-las. Vive-se uma “epidemia” de agressões por animais potencialmente transmissor da raiva. As doenças imunopreveníveis encontram-se com coberturas heterogêneas o que as tornam passíveis de reintrodução e ocorrência de surtos.

#### REFERÊNCIAS

- BENEDETTI, M.S.G. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2000**. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima. Coordenação de Epidemiologia, 2000. Disponível em: [http://www.saude.rr.gov.br/cgvs/images/visa/relatorios/relatorioanualdeepidemiologia\\_2000.pdf](http://www.saude.rr.gov.br/cgvs/images/visa/relatorios/relatorioanualdeepidemiologia_2000.pdf)
- BENEDETTI, M.S.G.; TAMLOC, J.C.K. **Aspectos Epidemiológicos da Febre Amarela em Roraima no período de 1984 a 2008**. XVI Congresso Brasileiro de Infectologia, Maceió, 2009.
- BENEDETTI, M.S.G. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2013**. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, 2014. Disponível em: [http://www.saude.rr.gov.br/cgvs/images/visa/relatorios/relatorioanualdeepidemiologia\\_2013.pdf](http://www.saude.rr.gov.br/cgvs/images/visa/relatorios/relatorioanualdeepidemiologia_2013.pdf)
- BENEDETTI, M.S.G.; SILVA, M.S.; SAKAZAKI, V.M. **Prevalência do tracoma em Roraima no período de 2002 a 2015**. Atas de Saúde Ambiental. Dez;3(3):0-0, 2015. Disponível em: [https://www.bvs-vet.org.br/vetindex/periodicos/atas-de-saude-ambiental/3-\(2015\)-3/prevalencia-do-tracoma-em-roraima-no-periodo-de-2002-a-2015/](https://www.bvs-vet.org.br/vetindex/periodicos/atas-de-saude-ambiental/3-(2015)-3/prevalencia-do-tracoma-em-roraima-no-periodo-de-2002-a-2015/)
- BENEDETTI, M.S.G. (Org.). **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2014**. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, 2015. Disponível em: [http://www.saude.rr.gov.br/cgvs/images/visa/relatorios/relatorioanualdeepidemiologia\\_2014.pdf](http://www.saude.rr.gov.br/cgvs/images/visa/relatorios/relatorioanualdeepidemiologia_2014.pdf)
- BENEDETTI, M.S.G.; AZEVEDO, R.N.C.; LIMA, J.M.; BESSA, C.M.C.; MAITO, R.M.; AZEVEDO NETO, N.C.; OLIVEIRA, R.A.B. **Relato do primeiro caso importado e autóctone de febre chikungunya em Roraima**. 51º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Fortaleza, 2015a.

BENEDETTI, M.S.G.; AZEVEDO, R.N.C.; NASCIMENTO, M.C.A.; LAMOUNIER, P.U.F.; GRISOTO, L.C.; CAMPOS, D.S.P.; ZAGURY, R. **Primeiro caso de sarampo em Roraima após o Plano de Eliminação do Sarampo no Brasil**. 51º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Fortaleza, 2015b.

BENEDETTI, M.S.G. (Org.). **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2015**. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, 2016. Disponível em: [http://www.saude.rr.gov.br/cgvs/images/visa/relatorios/relatorioanualdeepidemiologia\\_2015.pdf](http://www.saude.rr.gov.br/cgvs/images/visa/relatorios/relatorioanualdeepidemiologia_2015.pdf)

BENEDETTI, M.S.G.; LAMOUNIER, E.U.F.; ALVES, M.G.S.; NASCIMENTO, N.M.; FÉLIX, A.M. **Coinfecção de HIV/Aids e tuberculose em Roraima no período de 2009 a 2014**. 52º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Maceió, 2016a.

BENEDETTI, M.S.G.; GUTH, A.P.O.; BESSA, C.M.C.; AZEVEDO, R.N.C.; MENESES, C.A.R.; GRISOTO, L.C.; CAMPOS, D.P.S. **Febre do Zika vírus: relato do primeiro caso importado e do primeiro caso autóctone em Roraima**. 52º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Maceió, 2016b.

BENEDETTI, M.S.G.; PEZENTE, L.G.; AZEVEDO, R.N.C.; LAMOUNIER, P. **Relato do primeiro caso autóctone de doença de chagas aguda em Roraima**. 52º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Maceió, 2016c.

BENEDETTI, M.S.G. (Org.). **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2016**. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, 2017. Disponível em: [http://www.saude.rr.gov.br/cgvs/images/visa/relatorios/novo/relatorioanualdeepidemiologia\\_2016.pdf](http://www.saude.rr.gov.br/cgvs/images/visa/relatorios/novo/relatorioanualdeepidemiologia_2016.pdf)

BENEDETTI, M.S.G.; SILVA, J.F.; TAMLOC, J.C.K. **Sífilis congênita em Roraima: estudo descritivo no período de 2007 a 2015**. XVIII Congresso Panamericano de Infectología, Panamá, 2017.

BENEDETTI, M.S.G.; TAMLOC, J.C.K. **Atendimento antirabico humano: analisis epidemiológico de los casos notificados en Roraima, Brasil de 2000 a 2015**. XVIII Congreso Panamericano de Infectología, Panamá, 2017.

BENEDETTI, M.S.G.; BESSA, C.M.C.; LIMA, J.M.L.; LIMA, E.T.S.; TAMLOC, J.C.K. **Análise epidemiológica da microcefalia em Roraima/Brasil no período de 2007 a agosto de 2016**. XVIII Congreso Panamericano de Infectología, Panamá, 2017a.

BENEDETTI, M.S.G.; CARBONELL, R.C.C.; ASATO, M.S.; PEZENTI, L.G.; BESSA, C.M.C.; OLIVEIRA, R.A.B.; LIMA, J.M.; NOGUEIRA, R.N.C.; CAPISTRANO, E.; FEITOSA, M.C.; MARTINS, A.G.; BORGES, M.G.; MENESES, C.A.R. **Presentación de um caso: Rabia humana em Boa Vista, Roraima, Brasil**. XVIII Congresso Panamericano de Infectología, Panamá, 2017b.

GUERRA, J.A.O.; BARROS, M.L.B.; FÉ, N.F.; GUERRA, M.V.F.; CASTELLON, E.; PAES, M.G.; SHERLOCK, I.A. **Leishmaniose visceral entre índios no Estado de Roraima, Brasil. Aspectos clínico epidemiológicos de casos observados no período de 1989 a 1993**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 37(4):305-311, jul-ago, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v37n4/21184.pdf>

RODRIGUES, T.M.; VALENÇA, L.C.; BENEDETTI, M.S.G.; GOMES, T.C.; BUENAFUENTE, S.M.F. **Políticas públicas de saúde relacionadas ao HIV/AIDS: cenário epidemiológico no Brasil e em Roraima**. Anais do II Seminário de Psicologia e Psicologia Fenomenológica e II Congresso Internacional Pessoa e Comunidade: fenomenologia, psicopatologia e ciências da saúde: interlocuções, realizado em Boa Vista, RR, 2017/ organizado por Andrés Eduardo Aguirre Antúnez e Joelma Ana Gutiérrez Espíndula. São Paulo: IPUSP, 2017. Publicação eletrônica. ISBN: 978-85-86736-77-3. Disponível em: [http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/II\\_seminario\\_psicologia\\_psicologia\\_fenomenologica.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/II_seminario_psicologia_psicologia_fenomenologica.pdf)

RORAIMA. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 1993**. Secretaria de Saúde do Estado de

Roraima, 1993.

RORAIMA. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 1996**. Centro de Epidemiologia de Roraima (CEPIRR), 1996.

SAMPAIO, C.E. **Meningites bacterianas por haemophilus influenzae, neisseriameningitidis e streptococcus pneumoniae: dados laboratoriais e epidemiológicos de amostras encaminhadas ao LACEN-MG em 2006** [monografia] [Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006. Disponível em: <http://microbiologia.icb.ufmg.br/monografias/66.PDF>.

## MITOS E CRENÇAS: UMA AÇÃO POPULAR PARA CUIDAR DA SAÚDE

### Rodrigo Silva Nascimento

Instituto Federal do Sul de Minas Gerais –  
IFSULDEMINAS

Passos – Minas Gerais

### Juliano de Souza Caliarí

Instituto Federal do Sul de Minas Gerais –  
IFSULDEMINAS

Passos – Minas Gerais

### Cássia Lima Costa

Instituto Federal do Sul de Minas Gerais –  
IFSULDEMINAS

Passos – Minas Gerais

**RESUMO:** As práticas tidas como populares podem ser definidas pelo uso de tratamentos e métodos de prevenção de doenças, diferente da medicina convencional e que apresentam resultados positivos. Surgindo como consequência da necessidade de se resolver os problemas diários e pelo fato de darem certo se transformam em convicções, crenças que são repassadas de um indivíduo para o outro e de uma geração para a outra. Esse projeto objetiva identificar mitos e crenças populares acerca dos cuidados com a saúde. Trata-se de um projeto de extensão que visa explorar e descrever as crenças populares utilizadas na comunidade de Passos-MG. Foram identificadas 24 crenças, as quais foram agrupadas em 18 categorias, relacionadas com objetivo de cura das práticas.

As crenças coletadas foram em 100% realizadas pelos participantes ou por pessoas próximas dos mesmos. As crenças mais citadas estiveram agrupadas nas categorias dor de ouvido, curar umbigo, tratar tosse e coqueluche, curar icterícia e tratar queimaduras. As crenças identificadas neste estudo, apesar de hoje serem desnecessárias pela oportunidade de tratamentos médicos acessíveis e gratuitos, ainda demonstram o forte laço cultural da população entrevistada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Audiovisual; Cultura; Cuidados primários de saúde.

**ABSTRACT:** Practices considered popular can be defined by the use of treatments and methods of prevention of diseases, different from conventional medicine which presents positive results. Arising as a consequence of the necessity of solving the daily problems and the fact of succeeding, they become convictions, beliefs that are transferred from one individual to the other and from one generation to another. This project aims to identify popular myths and beliefs about health care. It is an extension project that aims to explore and describe the popular beliefs used in the community of Passos - MG. Twenty-four beliefs were identified, which were grouped into 18 categories related to a curative goal through the practices. The beliefs collected were 100% performed either by participants or

by people close to them. The most cited beliefs have been grouped into the categories: earache, baby belly button care, cough and whooping cough, curing jaundice and treating burns. The beliefs identified in this study, despite being unnecessary due to the opportunity of accessible and free medical treatments, still demonstrate the strong cultural bond of the population interviewed.

**KEYWORDS:** Audiovisual; Culture; Primary healthcare.

## 1 | INTRODUÇÃO

Desde o princípio de sua existência, o ser humano tem buscado alternativas diversas na tentativa de eliminar seus males físicos ou psíquicos; desta forma muitas destas alternativas estão sob a recomendação de pessoas de confiança, as quais nem sempre possuem formação ou informação de real valor científico, o que caracteriza a existência das práticas populares (SIQUEIRA *et al.*, 2006).

As práticas tidas como populares podem ser definidas pelo uso de tratamentos e métodos de prevenção de doenças, as quais são diferentes daquelas adotadas pela medicina convencional, como o uso das benzedadeiras, chás e simpatias e que muitas vezes estão associadas com resultados positivos, por isto tornam-se populares (BARBOSA *et al.*, 2004).

Assim, estas práticas surgem como conseqüência da necessidade de se resolver os problemas diários e pelo fato de darem certo se transformam em convicções, em crenças que são repassadas de um indivíduo para o outro e de uma geração para a outra. Sendo as crenças compreendidas como o conhecimento advindo do senso comum, repassado de geração a geração, são adquiridas de forma empírica e fazem parte da cultura das populações (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Desta forma, as diferentes ações de cuidado em saúde estão relacionadas ao contexto sócio-cultural que caracteriza cada momento histórico vivido pelo homem. Desse modo, os padrões culturais de uma realidade social devem ser entendidos como colaboradores nas concepções sociais que envolvem o processo saúde-doença (SIQUEIRA *et al.*, 2006).

Por esse motivo, o trabalho em saúde exige a formação de profissionais que, além de possuírem competência técnica e política, sejam sensíveis à realidade da comunidade em que estão desenvolvendo o seu trabalho. Portanto, o conhecimento das crenças e práticas populares relacionadas ao processo saúde-doença é essencial para que os profissionais se familiarizem com os grupos culturais com que trabalham e aprendam a lidar com os valores, crenças e hábitos desses grupos (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

O objetivo deste estudo foi de identificar os mitos e as crenças populares ligadas aos cuidados de saúde de uma população mineira.

## 2 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo acerca das crenças utilizadas pela população de Passos – MG a fim de tratar ou evitar agravos à saúde. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário semi estruturado a fim de identificar as crenças utilizadas pela população. A coleta aconteceu por meio de entrevista em praças públicas da cidade nos meses de maio a julho de 2015. Este projeto contempla a parte 1 de um projeto de extensão que objetiva Identificar mitos e crenças populares acerca dos cuidados com a saúde e desmitificá-los apresentando os pontos positivos e negativos de tais práticas populares através de entrevistas com profissionais de saúde; o produto final deste projeto será a elaboração de pílulas audiovisuais, as quais serão disponibilizadas na internet.

Desta forma, foi realizada a primeira etapa que é descritiva, apresentando as crenças da população, as quais serão analisadas por profissionais de saúde, a fim de possibilitar a produção de material audiovisual com a apresentação dos pontos positivos e negativos.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o levantamento das crenças por meio de inquérito com a população, foram realizadas abordagens em praças da região central da cidade de Passos – MG a fim de identificar as práticas populares utilizadas no tratamento de agravos à saúde. Nesta etapa foram identificadas 98 crenças as quais passaram por um processo de eliminação das repetições. As 24 crenças restantes foram agrupadas em 18 categorias as quais se relacionam com o objetivo de cura das práticas. As crenças coletadas foram em 100% realizadas pelos participantes ou por pessoas próximas dos mesmos. As crenças mais citadas estiveram agrupadas nas categorias dor de ouvido, curar umbigo, tratar tosse e coqueluche, curar icterícia e tratar queimaduras (Quadro 1).

OBJETIVO	CRENÇA
Tratar febre	Tomar um copo de melancia a cada 3 horas e colocar folhas da fruta no umbigo.
Eliminar gases	Passar e esfregar as cinzas quentes de fogão de lenha na barriga.
Curar caxumba	Esquentar uma colher de pau no fogo e colocar no pescoço abaixo da orelha.
Dor de ouvido	Fritar o alho esmagado no óleo quente e colocar no ouvido.
	Esmagar folhas de bálsamo em um pedaço de pano e espremer o suco no ouvido.
	Espremer gotas de babosa dentro do ouvido.
Inflamação na garganta	Cortar rodela de pepino e enrolar envolta do pescoço com um pano ou atadura.
Fazer vazar o furúnculo	Fazer emplasto de sabonete com azeite de mamona e colocar em cima do furúnculo.
Curar umbigo	Colocar azeite de mamona com fumo torrado e moído no umbigo do recém nascido.
	Esquentar o azeite de mamona e colocar no cordão umbilical.
Limpar útero	Chá de arruda com artemijo e cachaça depois do parto.
Tosse e coqueluche	Óleo de capaúba com café quente.
	Chá das fezes de cachorro.
Curar icterícia	Banho de chá de picão.
	Banho com caco de telha.
Para criança endurecer o pescoço	Com um cordão passar envolta do pescoço de um cachorro e depois amarrar no pescoço da criança.
Curar sapinho	Molhar um pano no cocho do chiqueiro e passar na boca da criança, depois colocar ao sol para secar, assim o sapinho secará junto.
Curar soluços	Retirar um pedaço da lã da manta do bebê e molhar na saliva e colocar na testa do bebê.
Curar hérnia umbilical	Prender moeda no umbigo e amarra com uma atadura.
Para cortar o medo de andar	Colocar a criança no pilão e tirar 3 vezes.
Para evitar catapora e sarampo	Dar o primeiro banho na criança com sangue de tatu.
Queimaduras	Passar a babosa.
	Fezes frescas e cavalo.
Frieira	Banhar o pé com a urina quente de vaca.

Quadro 1: Crenças relacionadas aos objetivos e a formação dos profissionais para responder às questões, Passos – MG, 2015.

Do total de 24 crenças, apenas 5 (20,8%) usavam procedimentos de ingestão, sendo os demais procedimentos locais. Dentre os produtos utilizados, 10 (41,7%) crenças utilizavam ervas ou óleos originários delas, o que já é descrito por Siqueira e colaboradores (2006) como os produtos de maior aceitação popular, sendo estes costumes adquiridos ao longo da vida e repassados entre as gerações, ou seja, ligados às tradições e costumes sócio-culturais.

Já as práticas de uso de materiais como urina, fezes e água de cocho de chiqueiro, como as descritas, fazem parte dos procedimentos citados por Korolkovas (1996) como técnicas absurdas e arraigadas no misticismo e sem algum fundamento científico, como estudo realizado em Santa Catarina, o qual identificou que as sanguessugas eram usadas para os mais diversos fins terapêuticos, como “dores de cabeça as mais variadas, em focos inflamatórios, abscessos, furúnculos, antrazes, hepatites, febres biliosas, febre amarela, obstruções, e, provavelmente, além de outros males”, denotando pouca relação com o saber científico.

## 4 | CONCLUSÕES

As crenças identificadas neste estudo, apesar de hoje serem desnecessárias pela

oportunidade de tratamentos médicos acessíveis e gratuitos, ainda demonstram o forte laço cultural da população entrevistada. Ressalta-se a importância dos profissionais de saúde de conhecerem os costumes e as práticas dos usuários dos serviços, a fim de valorizar a cultura local, as crenças realizadas e orientar as famílias para mudanças de hábitos hoje reconhecidos como absurdos; desta forma o produto final deste trabalho terá uma importante contribuição, confirmando com a comunidade a presença de pontos positivos e apresentando pontos negativos no uso destas práticas.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. A.; MELO, M. B.; SILVEIRA JUNIOR, R. S. BRASIL, V. V.; MARTINS, C. A.; BEZERRA, A. L. Q. **Saber popular: sua existência.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 57, n. 6, 2004.

BOEHS, A. E. **Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de M. Leininger.** Rev. Latino Am. Enfermagem, v. 10, n. 1, p: 90-6, 2002.

KOROLKOVAS, A. **A riqueza potencial de nossa flora.** Revista Brasileira de Farmacologia, v. 1, p: 1-7, 1996.

LEININGER, M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing.** New York: National League for Nursing; 1991.

OLIVEIRA, A. T. S. A.; MOREIRA, C. T.; MACHADO, C. A.; NETO, J. A. V.;

MACHADO, M. F. A. S.. **Crendices e práticas populares: influência na assistência de enfermagem prestada à criança no programa saúde da família.** Rev. Bras. Pesq. Saúde, v. 19 n. 1, 2006.

SIQUEIRA, K. M.; BARBOSA, M. A.; BRASIL, V.V.; OLIVEIRA, L. M. C.; ANDRAUS, L. M. S. **Crenças populares referentes à saúde: Apropriação de saberes sócio-culturais.** Texto Contexto Enferm., v.15, n.1, 2006.

TORRES, C. **Guia prático de marketing na internet para pequenas empresas.** 54 p., 2010.

## MORTALIDADE POR NEOPLASIAS QUE POSSUEM O TABAGISMO COMO FATOR DE RISCO

### Ana Luiza Caldeira Lopes

Universidade de Rio Verde (UniRV), Faculdade de medicina de Rio Verde,  
Rio Verde- Goiás

### Laís Lobo Pereira

Universidade de Rio Verde (UniRV), Faculdade de medicina de Rio Verde,  
Rio Verde- Goiás

### Yasmin Fagundes Magalhães

Universidade de Rio Verde (UniRV), Faculdade de medicina de Rio Verde,  
Rio Verde- Goiás

### Ana Cristina de Almeida

Universidade de Rio Verde (UniRV), Faculdade de medicina de Rio Verde,  
Rio Verde- Goiás

### Anna Gabrielle Diniz da Silva

Universidade de Rio Verde (UniRV), Faculdade de medicina de Rio Verde,  
Rio Verde- Goiás

### Kênia Alves Barcelos

Universidade de Rio Verde (UniRV), Faculdade de medicina de Rio Verde,  
Rio Verde- Goiás

**RESUMO:** O tabagismo é um importante fator de risco para diversas doenças, como as neoplasias, as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Possui cerca de 4000 mil substâncias tóxicas que podem induzir

mutações no DNA e gerar câncer. Esse artigo trata-se de um estudo epidemiológico sobre mortalidade por cânceres influenciados pelo tabagismo entre 1980 e 2014. O índice de mortalidade por alguns tipos de cânceres foi decrescente como no caso do câncer de estômago, faringe, leucemias e esôfago. Por outro lado, foi perceptível o aumento de alguns tipos, como o câncer de rim, de pâncreas, de fígado e de bexiga. O Sudeste é a região com maior índice de mortalidade, porém índice em redução nos últimos anos. Enquanto isso, se observa um aumento da mortalidade na região Nordeste. No comparativo entre os sexos a mortalidade é maior entre os homens apesar dessa taxa estar em redução, enquanto a taxa de mortalidade feminina está em ascensão. Muito já foi feito em termo de políticas públicas para redução do tabagismo, sendo bastante efetivo. Porém, ainda é necessário combater o tabagismo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cigarro, Epidemiologia, Tumor

### MORTALITY DUE TO NEOPLASMS THAT HAVE SMOKING AS A RISK FATOR

**ABSTRACT:** Smoking is an important risk factor for diseases such as cancers, cardiovascular and cerebrovascular diseases. It has about 4000 thousand substances that can induce

mutations without DNA and generate cancer. This article deals with an epidemiological study on mortality from cancers influenced by smoking between 1980 and 2014. The mortality rate for some types of cancer was decreasing as in the case of stomach cancer, pharynx, leukemias and esophagus. On the other hand, it was noticeable the increase of some types, like cancer of kidney, pancreas, liver and of bladder. The Southeast region is the region with the highest mortality rate, although it is a reduction index in recent years. Meanwhile, there is an increase in mortality in the Northeast region. In the comparison between the sexes, mortality is higher among the types of whole subjects of the reduction rate, while the female mortality rate is on the rise. Much has already been done in terms of public policies to reduce smoking and is very effective. However, it is still necessary to combat smoking.

**KEYWORDS:** Cigarette, Epidemiology, Tumor

## INTRODUÇÃO

O tabagismo é um importante fator de risco para vários tipos de tumores, como o câncer de bexiga, cavidade oral, esôfago, estômago, faringe, fígado, laringe, leucemias, pâncreas, pulmão, rim e traquéia. Juntos esses cânceres são responsáveis por quase 60% do total de mortalidade por cancer. Demonstrando assim o seu impacto e influência em termos de saúde pública. O câncer de pulmão é o mais influenciado pelo tabagismo, isso pode ser observado pelo fato de que cerca de 90% dos tumores malignos de pulmão possuem esse fator de risco. Assim, apesar da etiologia do cancer de pulmão possuir fatores ambiental e genética, há uma predominância dos fatores ambientais. Parar de fumar reduz os riscos de complicações no tratamento de câncer e melhora da qualidade de vida, sendo indicado mesmo após a instauração do tumor (Karam-Hage et al, 2014)

Cerca de 4000 substâncias tóxicas foram identificadas na fumaça dos cigarros e aproximadamente 50% dessas substancias são derivadas da combustão do tabaco. O restante das toxinas é originado dos processos de cultura e manufatura. Essas substâncias tóxicas presentes na fumaça do cigarro se depositam nas vias aéreas e nos pulmões. A nível celular podem induzir mutações como a quebra de cadeia simples ou dupla (DSBs) do material genético (Younes, 2013).

As mutações são consequências de modificações químicas de bases do DNA, falhas nas vias de apoptose e de supressão tumoral, no reparo de lesões e na incorporação de nucleotídeos atípicos ao DNA durante a replicação celular. O mecanismo carcinogênico mais importante é a formação de ligações estáveis do tipo covalente com o DNA. O que resulta em mutações permanentes em sequências gênicas como os oncogênes e os genes supressores de tumores. A grande maioria das substâncias são metabolizadas pelo citocromo P450 e convertidas em moléculas polares altamente hidrossolúveis. Algumas dessas moléculas são altamente reativas com o DNA, resultando em complexos de adição. A ativação e a detoxificação de

carcinógenos é mediada por várias vias, incluindo as vias catalisadas pela glutathione-S-transferase e pela UDP-glucuronil transferase que influenciam na suscetibilidade individual ao desenvolvimento de neoplasias (Younes, 2013).

O objetivo desse estudo foi reunir os dados e analisar a mortalidade, no Brasil, pelos cânceres que possuem o tabagismo como fator de risco durante um período de 30 anos, de acordo com as variações regionais e por sexo.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Realizou-se um estudo epidemiológico, descritivo, retrospectivo acerca da mortalidade por neoplasias que possuem como fator de risco o tabagismo, tais como câncer de bexiga, cavidade oral, esôfago, estômago, faringe, fígado, laringe, leucemias, pâncreas, pulmão, rim e traqueia.

A coleta de dados foi obtida por meio do banco de dados do Sistema Brasileiro de Dados sobre Mortalidade (DATASUS) de acesso online e disponível a qualquer cidadão. Através dessa base foi possível coletar os valores referentes a mortalidade por essas patologias em estudo de acordo com o sexo e as regiões geográficas do Brasil em um período de 30 anos. O espaço amostral, de 30 anos, foi fundamental para uma análise das mudanças socioeconômicas e tecnológicas que influenciaram o padrão de mortalidade por cânceres relacionados ao tabagismo no Brasil. Foi dado o devido destaque as discordâncias dos casos com a literatura de referência.

Os dados obtidos foram analisados com base nas ferramentas da estatística descritiva e inferencial. A análise estatística dos dados foi feita no software Minitab 17®, sendo calculados média e taxas populacionais.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

É amplamente divulgado os malefícios do cigarro e sua capacidade de desenvolver tumores, especialmente o câncer de pulmão. Porém, o potencial carcinogênico do tabagismo não se restringe ao câncer de pulmão, podendo abranger uma variedade de cânceres.

Os tipos de cânceres que podem ser relacionados ao tabagismo são: câncer de bexiga, cavidade oral, esôfago, estômago, faringe, fígado, laringe, leucemias, pâncreas, pulmão, rim e traqueia. Todos eles possuem em comum o tabagismo como fator de risco. No entanto, é importante salientar que o tabagismo não é o único fator de risco, incluindo inúmeros outros fatores. Além disso, o tabagismo não influencia da mesma todos esses tipos de câncer. Por exemplo, aumenta em 20 vezes a chance de ter câncer de pulmão em relação a um não fumante, aumenta o risco em 10 vezes para câncer de laringe e de duas a cinco vezes o risco para câncer de esôfago, enquanto em outros subtipos essa influência pode ser bem menor (Inca, 2016).

Ao analisar cada um dos gráficos desses tipos específicos de câncer essa questão também fica evidente, uma vez que ao longo dos últimos 10 anos eles não seguiram exatamente o mesmo padrão de mortalidade.

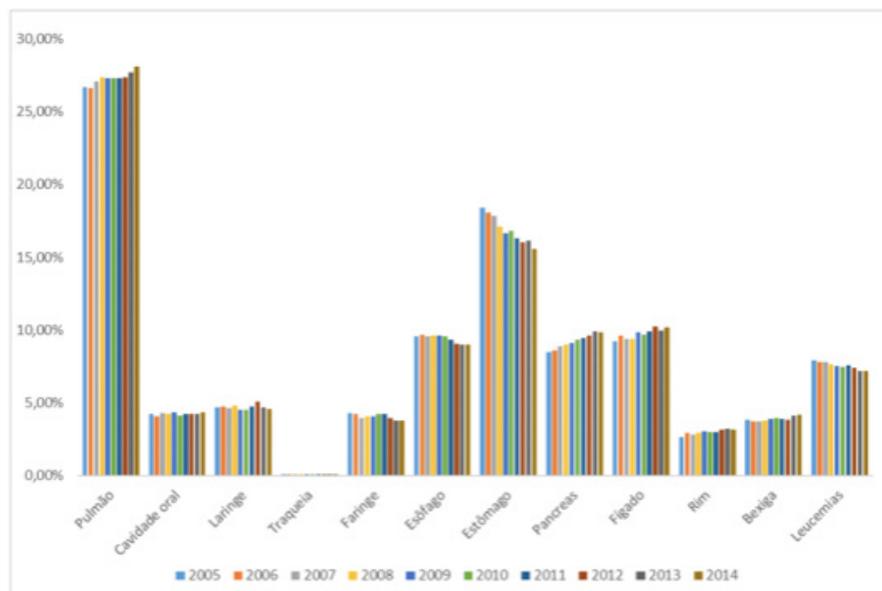


Gráfico 1- Mortalidade específica por cada um dos cânceres relacionados ao tabagismo nos últimos 10 anos.

O câncer com maior mortalidade foi o de pulmão, responsável por 28,10% das mortes por cânceres relacionados ao tabagismo em 2014, seguido pelo câncer de estômago (15,56%), fígado (10,17%), pâncreas (9,87%), esôfago (8,99%), leucemias (7,18%), laringe (4,60%), cavidade oral (4,32%), bexiga (4,19%), faringe (3,77%), rim (3,14%) e traqueia (0,10%).

Apesar de o câncer de traqueia possui a menor prevalência, foi o câncer de maior incidência nos últimos 10 anos, com um aumento proporcional de 25%. Observou-se o aumento da incidência de 18% por câncer de rim, seguido pelo câncer de pâncreas com 16%, câncer de fígado (10,1%) e bexiga (8%). O câncer de cavidade oral e laringe se mantiveram, com um aumento de 1,6% e uma redução de 1,28% respectivamente. Por outro lado, foi observado uma redução na incidência do câncer de estômago (15,48%), faringe (11%), leucemia (8,9%), esôfago (5,9%).

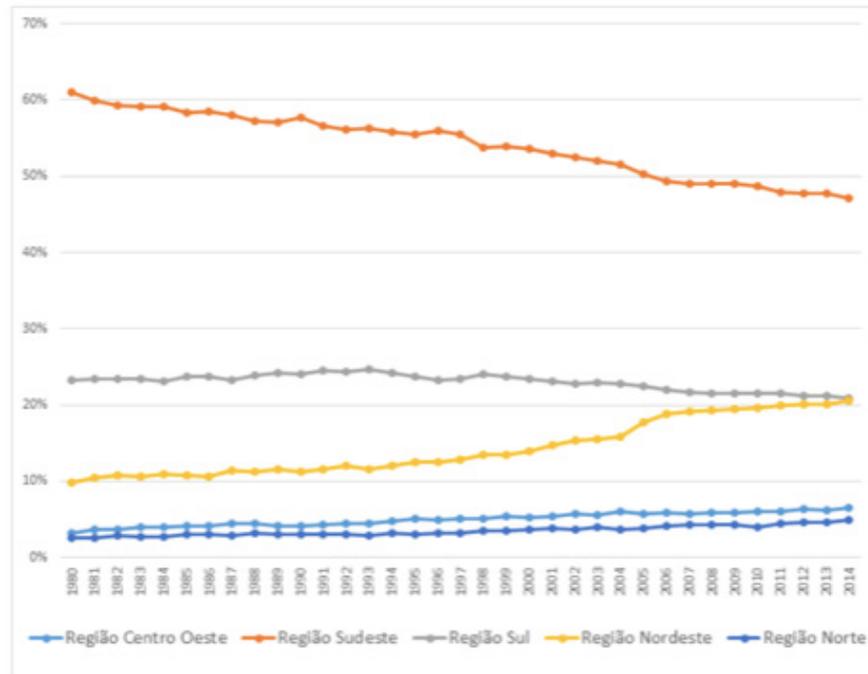


Gráfico 2- Mortalidade por cânceres relacionados ao tabagismo por região geográfica.

Entre as regiões geográficas brasileiras observou-se uma redução significativa da mortalidade na região sudeste, de 22,86%, apesar de corresponder a região com maior índice de mortalidade por esses cânceres. A região sul é a segunda região com maior mortalidade encontrada e teve uma redução de 11,36% na mortalidade nos últimos 30 anos. Na região nordeste observou-se um aumento de 103,53% na mortalidade por câncer relacionado ao tabagismo. As regiões norte e centro-oeste tiveram os menores índices de mortalidade e estes se mantiveram constantes durante o período analisado.

Acredita-se que a redução da mortalidade nas regiões sudeste e sul pode ser atribuída a alguns fatores. Dentre eles estão a eficácia das campanhas de prevenção e combate ao tabagismos que foram responsáveis por uma redução em 46,83% do consumo de cigarros no Brasil (Pinto, Pichon-Riviere, Bardach, 2015). Nos últimos 30 anos os métodos de rastreio de diagnóstico precoce de câncer se tornaram mais acurados, resultando em intervenções mais precoces e melhora do prognóstico e da expectativa de vida desses pacientes. Sem contar as próprias melhorias no tratamento do câncer com o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas, quioterápicos e a radioterapia. Dessa forma, as regiões sudeste e sul do Brasil, onde há uma grande concentração tecnológica e científica, propiciam um suporte avançado aos pacientes oncológicos e consequentemente uma redução na mortalidade (Teixeira et al, 2012).

Foi observado uma aumento da mortalidade na região nordeste que pode ser atribuído a uma melhora na precisão do diagnóstico de câncer, um avanço das notificações e da cobertura estatística nos últimos anos. Com isso, esse aumento da mortalidade não deve expressar um agravamento da doença, mas um índice mais próximo do real (Oliveira et al, 2015).

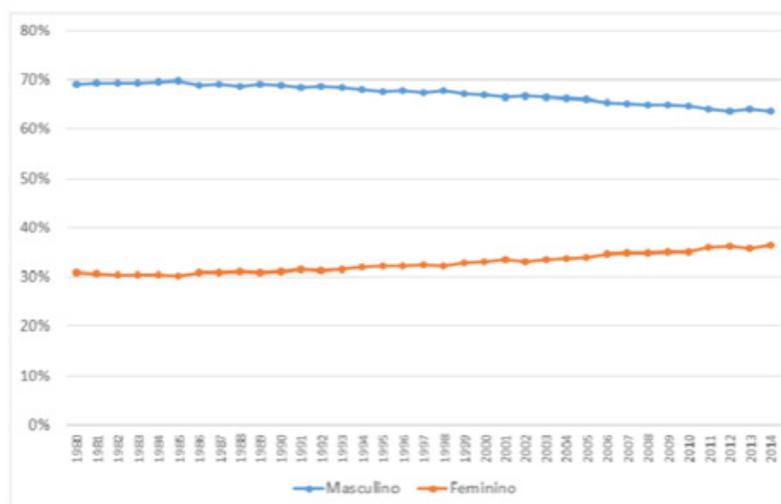


Gráfico 3- Mortalidade por cânceres relacionados ao tabagismo por sexo

Entre os sexos feminino e masculino foi possível perceber um aumento leve na mortalidade das mulheres e em contrapartida uma queda na mortalidade dos homens, apesar de o índice de mortalidade nos homens ser superior. Esses resultados foram atribuídos a mudanças sociais e comportamentais. Com o fortalecimento do feminismo, as mulheres ganharam o mercado de trabalho e sua independência, transformaram o seu estilo de vida. Assim, se tornaram mais susceptível a diversos fatores degenerativos e degradantes, como o estresse e a exposição a poluição. A queda na mortalidade masculina é atribuída a melhora das políticas públicas de prevenção e aos avanços no tratamento, seguindo o padrão de algumas regiões brasileiras (Barbosa et al, 2015).

## CONCLUSÃO

O tabagismo compõe um quadro de fator de risco para mais de 10 tipos de cânceres diferentes, além do impacto que exerce sobre as patologias cardiovasculares e cerebrovasculares. Tornando-se dessa forma um importante problema de saúde pública. Nos últimos 30 anos teve-se alguns avanços no combate e prevenção do tabagismo. Inclusive foi possível perceber uma redução de alguns tipos câncer. No entanto, outros tipos aumentaram, demonstrando que o tabagismo ainda não é uma questão resolvida e impõe alguns desafios. Bem como, é importante enfatizar que os cânceres são multifatoriais, envolvendo outros fatores de risco e os componentes genéticos.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, I.R.; COSTA, I.C.C.; PÉRZ, M.M.B; SOUZA, D.L.B. **As iniquidades sociais e as disparidades na mortalidade por cancer relativo ao gênero.** Revista Ciência Plural, v. 1, n. 2, p.79-86, 2015

MALTA, D.C.; VIEIRA, M.; SZWARCOWALD, C.L.; CAIXETA, R. **Tendência de fumantes na população Brasileira segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008 e a Pesquisa Nacional de Saúde 2013.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 18, n. 2, p. 45-56, 2015

MIRRA, A.P.; CARVALHO, A.P. **The importance of legislative measures on tobacco control in Brazil.** Revista Associação Médica Brasileira, v. 63, n.10, p.917-921, 2017

PINTO, M.T.; PICHON-RIVIERE, A.; BARDACH, A. **Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos.** Cad. Saúde Pública, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, 2015

PIPO, A.; LAMBÍ, L.; FONTAO, S.; ALBISTUR, J.A.; AREÁN, J.C.; OLMEDO, N.; MELAMED, I.; MINACAPILI, M.; MAZÓM, K.; BARROS, M.; PARODI, C. **Tabaquismo y género: conocimiento sobre enfermedades tabaco-dependientes en la mujer, entre usuarias hospitalizadas en hospitales públicos de Montevideo 2017.** Revista Uruguaya de Medicina Interna, n.2, p. 22-30, 2017.

SZKLO, A.S.; VOLCHAN, E.; THRASHER, J.F.; PEREZ, C.; SZKLO, M.; ALMEIDA, L.M.de. **Do more graphic and aversive cigarette health warning labels affect Brazilian smokers' likelihood of quitting?** Addictive Behaviors, v. 60, p. 209- 212, 2016

TEIXEIRA, L.A.; PORTO, M.; HABIB, P.A.B.B. **Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória.** Cad. De Saúde Coletiva, v. 20, n. 3, p. 375-380, 2012

## NEUROFIBROMATOSE TIPO 1: CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PRECOCE

### **Isabela Souza Guilherme**

Centro Universitário de Adamantina  
Adamantina – SP

### **Carolina de Araújo Oliveira**

Universidade Nove de Julho  
São Paulo – SP

### **Cesar Antônio Franco Marinho**

Centro Universitário de Adamantina  
Adamantina – SP

### **Leonardo Martins Silva**

Universidade Federal de São Paulo  
São Paulo – SP

capítulo visa através da revisão de conteúdos de bases de dados reconhecidas, esclarecer a etiologia e consequências da Neurofibromatose tipo 1 (NF1), uma vez que ainda não existe tratamento para a mesma. Entretanto, há informações e tratamentos paliativos que podem melhorar a qualidade de vida do paciente e promover um convívio do indivíduo, com maior aceitação e compreensão por parte da sociedade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Neurofibromatose Tipo 1. Genética. Diagnóstico Clínico. Multissistêmica. Predisposição Tumoral

**ABSTRACT:** Neurofibromatosis type 1 (NF1) is also known as von Recklinghausen's disease. It is one of the diseases included in the genetic disorder called Neurofibromatosis, which also holds Neurofibromatosis type 2 and Schwannomatosis. The disease with the biggest incidence among the disorders mentioned, is NF1, it occurs in 1 out of 3 thousand children, being considered a most common disease compared with Diabetes type I, Cystic fibrosis, Huntington Disease, Duchenne Dystrophy and Tay-Sachs Disease, except for Down Syndrome. The diagnosis is essentially clinical and the following chapter presents the most common characteristics and classification criteria for NF1. This chapter aims to clarify the etiology and consequences of NF1 through reliable

**RESUMO:** A Neurofibromatose tipo 1 também conhecida como neurofibromatose de von Recklinghausen está contida em uma das três doenças da desordem genética chamada Neurofibromatose, que engloba também a Neurofibromatose tipo 2 e a Schwannomatose. Das desordens citadas, a NF1 apresenta maior incidência, ocorrendo em uma a cada 3 mil crianças, sendo, portanto, mais comum do que Diabetes tipo I, Fibrose cística, Doença de Huntington, Distrofia de Duchenne e Doença de Tay-Sachs, perdendo apenas para a Síndrome de Down. O diagnóstico da doença é primordialmente clínico, apresenta-se também portanto, no capítulo a seguir, as manifestações e critérios para estabelecimento da doença. O

databases. There are no specific treatment for NF1, however, there are palliative treatment and informations that are able to provide better quality of life and better acceptance of society about this disease.

**KEYWORDS:** Neurofibromatosis type 1. Genetics Clinical Diagnosis. Multisystemic. Tumoral predisposition

## 1 | INTRODUÇÃO

A Neurofibromatose (NF), foi retratada pelo patologista alemão Friedrich Daniel von Recklinghausen em 1882, sendo caracterizada como uma desordem genética que compreende três principais doenças: Neurofibromatose 1 (NF1) ou neurofibromatose de von Recklinghausen, Neurofibromatose 2 (NF2) e também a Schwannomatose. A NF1 é definida como uma doença genética de caráter autossômico dominante, com penetrância completa, além de uma diversidade de apresentações clínicas, prognósticos, intensidades e de sintomatologia, mesmo dentro de indivíduos da mesma família (MARQUES; VERONEZ, 2015).

A mutação no gene localizado no cromossomo 17 é responsável pela codificação da neurofibromina, uma proteína citoplasmática que atua como moduladora da atividade de crescimento e diferenciação das células desde a vida intrauterina, e que se expressa primariamente nos neurônios, oligodendrócitos, astrócitos, leucócitos e na medula das suprarrenais (DE SOUZA; et al, 2009).

Desta forma, a neurofibromina, atua como supressora de tumor, responsável pelo controle do crescimento celular. A diminuição dessa proteína provoca um aumento da sinalização da via RAS, aumentando a multiplicação e a manutenção da célula. Esses genes supressores de tumor, quando são perdidos ou inativados, podem induzir o desenvolvimento de uma neoplasia por inibir a morte celular, estimular a divisão celular ou, ainda, pela parada do ciclo celular. Consequentemente, neoplasias como neurofibromas cutâneos, neurofibromas plexiformes e o glioma óptico podem ser provenientes de alterações no gene supressor de tumor.

O neurofibroma cutâneo é um tumor benigno, que surge com mais frequência a partir dos 11 anos, até o fim da vida e provocam deformidades e coceiras, mais comumente no tórax e abdome. Se alcançarem os nervos podem causar dor e dormência.

O neurofibroma plexiforme é um tumor presente no indivíduo desde o nascimento e geralmente não se proliferam ao longo da vida. Ele ocorre pelo crescimento exacerbado de um tecido (pode ser pele, nervos e vasos sanguíneos), podendo comprimir órgãos adjacentes, provocar dor e deformidades e ele pode se tornar maligno.

O glioma é um tumor geralmente benigno, do nervo óptico. Metade dos pacientes são assintomáticos, porém ele pode causar estrabismo e diminuição da acuidade visual, bem como pode promover uma puberdade precoce e proptose. Outros problemas que podem ocorrer raramente na NF1, são as lesões ósseas típicas dessa doença, como

adisplasia do esfenóide e a pseudoartrose tibial.

A alta taxa de mutação do gene da NF1, é justificada pelo tamanho desse gene, que torna o mesmo sujeito a diversas alterações, sendo difícil a identificação dessas mutações. As que ocorrem com mais frequência são as de deleção e inserção e podem acarretar em perda de função, devido a alterações nas proteínas que codificam esse gene. Tais alterações mudam a estrutura da proteína neurofibromina e resultam em excesso de proliferação celular, podendo causar o aparecimento de neoplasias, confirmando a informação do gene NF1 como um gene supressor de tumor.

Outro fato relevante é que a neurofibromina é produzida principalmente em neurônios, células de Schwann e oligodendrócitos. Sendo assim, uma perda de função promove alterações no feto ainda no útero, fazendo com que interações celulares fiquem comprometidas e justificando a possibilidade de problemas comportamentais, dificuldade de aprendizado, problemas de crescimento, hiperatividade e déficit de atenção por exemplo.

O gene da NF1 apresenta heterogeneidade alélica, ou seja, fenótipos aparentemente diferentes são causados por diferentes mutações alélicas no mesmo locus gênico. Alguns exemplos disso são a Síndrome de Noonan e a Síndrome de Watson. As três doenças são alélicas, provocadas por mutações no gene da neurofibromina. A Síndrome de Noonan apresenta as mesmas características craniofaciais, podendo se manifestar em conjunto com a NF1, já a Síndrome de Watson, apresenta manchas café-com-leite, nódulos de Lisch e neurofibromas, sendo necessário portanto uma análise do genoma que identifique corretamente as diferentes doenças.

A NF1 é uma doença autossômica dominante. Isso significa que a probabilidade de transmissão da doença é de 50% em cada gravidez, sendo que a penetrância é de 100%. Pela distribuição segundo a Lei de Mendel, é possível verificar também que 75% dos filhos afetados tem mais chances de desenvolver a doença de forma mais branda, podendo se agravar durante a vida. Filhos de mães afetadas tendem a ter uma expressão mais severa do gene do que filhos de pais afetados. Cabe portanto, ao médico, informar a família a respeito dos riscos de NF1 nos descendentes.

De Souza, et al (2009) lista as principais características clínicas da NF1 como sendo as manchas café-com-leite (MCL), os neurofibromas dérmicos e plexiformes, as falsas efélides axilares ou inguinais e os nódulos de Lisch. Tratando-se, portanto, de uma patologia multissistêmica com possibilidade de comprometimento oftalmológico, osteomuscular, cardiovascular, endócrino, do sistema nervoso central e periférico e da aprendizagem.

A maioria dos pacientes com o tipo 1 é identificada durante exame de rotina, exame por queixas cosméticas ou avaliação de história familiar positiva. O diagnóstico é clínico podendo ser identificado quando há a presença de pelo menos dois sintomas característicos (COUTO, C. et al. 2012).

Não existe uma terapia específica para essa doença. Portanto, o tratamento é frequentemente direcionado para a prevenção ou o tratamento de suas complicações.

As lesões cutâneas podem ser removidas através de cirurgias. O aconselhamento genético é de extrema importância para todos os pacientes portadores de NF1 (JÚNIOR, et al. 2008).

## 2 | EPIDEMIOLOGIA

Estima-se que a prevalência da NF-1 seja de 1:2.000 a 1:7.800 nascidos vivos, caracterizando-a como uma das doenças genética de herança autossômica dominante (AD) mais frequentes. Vários estudos demonstraram que 50% das crianças acometidas herdam a condição de seus familiares e a outra metade decorre de mutações novas, ou seja, os pais são saudáveis. Os estudos epidemiológicos evidenciaram alta prevalência da NF-1 em indivíduos jovens. Até o momento, não existem evidências de predomínio da NF-1 em determinadas populações ou gênero (JÚNIOR, et al. 2008).

## 3 | CARACTERÍSTICAS

As manifestações clínicas da NF1 são extremamente variáveis entre indivíduos, mesmo entre familiares e ainda variáveis ao longo da vida do próprio indivíduo. Determinadas complicações surgem mais frequentemente em idades específicas, podendo haver um agravamento progressivo.

Pode-se dizer que as principais manifestações da NF1 são: manchas café com leite, nódulos de Lisch, neurofibroma, efélides inguinais e axilares, neurofibroma plexiforme, glioma óptico, alterações ósseas, endócrinas, do sistema nervoso central e dificuldades de cognição e aprendizado. As três primeiras características citadas, podem ser encontradas em cerca de 90% dos indivíduos com NF1 na puberdade.

## 4 | DIAGNÓSTICO

O fato que justifica esse direcionamento é a frequência com que ela se apresenta na população, ocorrendo em uma a cada 3 mil crianças, sendo portanto, mais comum do que Diabetes tipo I, fibrose cística, Doença de Huntington, Distrofia de Duchenne e Doença de Tay-Sachs, perdendo apenas para a Síndrome de Down.

Desta forma, a presença de manchas café-com-leite, já deve evocar ao médico pediatra, uma anormalidade, pois o diâmetro de mais da metade de manchas dessa coloração, nessa faixa etária demonstra uma disfunção, além de ser um dos principais achados no exame físico da NF1 de acordo com o protocolo para diagnóstico clínico, que segue os critérios estabelecidos pelo National Institute of Health (NIH), da Conferência de 1988, assim nenhum outro achado específico de doença clínica fora encontrado, sendo a NF1, a possibilidade mais provável de doença genética.

O diagnóstico da NF1, se baseia primeiramente, nos achados presentes durante

o exame físico como demonstrado na tabela abaixo:

01.	Seis ou mais marcas café-com-leite maiores que 5mm de diâmetro em pacientes pré-pubertais e maiores que 15 mm em pacientes pós-pubertais
02.	Sardas nas axilas ou virilhas (sinal de Crowe)
03.	Dois ou mais neurofibromas de qualquer tipo ou neurofibroma plexiforme (i.e., um crescimento extenso que ocorre ao longo de uma bainha nervosa)
04.	Dois ou mais nódulos de Lisch (hamartomas da íris)
05.	Glioma óptico
06.	Lesões distintas dos ossos, particularmente um osso esfenóide formado anormalmente ou pseudoartrose tibial
07.	Uma relação familiar em primeiro grau com a neurofibromatose diagnosticada utilizando os seis critérios anteriores

Tabela 1. Protocolo de diagnóstico da NF1 do National Institute of Health( NHI).

As condições citadas, se referem também a manifestação em adultos, porém é importante salientar que o protocolo de diagnóstico do National Institute of Health (NIH) possui critérios sensíveis e específicos para adultos, e crianças em alguns casos, não os preenchem, uma vez que o aparecimento dos sinais estão correlacionados com a idade de aparecimento. Assim, faz-se necessário monitorar algumas das condições a seguir, que talvez tenham sido negligenciadas pelos profissionais no caso:

01. Monitorações anuais em crianças com NF1
02. Desenvolvimento neuropsicomotor e escolaridade
03. Avaliação oftalmológica, acuidade visual e fundoscopia até os 7 anos de idade
04. Perímetro cefálico, peso, estatura e pressão arterial
05. Desenvolvimento puberal
06. Avaliação cardiovascular
07. Avaliação da coluna e da pele

#### Frequência e idade de início das principais manifestações clínicas da neurofibromatose 1

Manifestação clínica	Frequência (%)	Idade de início
Café com leite	> 99	Nascimento até 12 anos
Sarda da pele	85	3 anos para a adolescência
Nódulos Lisch	90–95	> 3 anos
Neurofibromas cutâneos	> 99	> 7 anos (geralmente no final da adolescência)
Neurofibromas plexiformes	30 (visível) –50 (na imagem)	Nascimento a 18 anos
Neurofibromas plexiformes faciais desfigurantes	3–5	Nascimento até 5 anos
Tumor maligno da bainha do nervo periférico	2–5 (8–13% de risco vitalício)	5 a 75 anos
Escoliose	10	Nascimento a 18 anos
Escoliose que requer cirurgia	5	Nascimento a 18 anos
Pseudartrose da tibia	2	Nascimento até 3 anos
Estenose da artéria renal	2	Vitalício
Feocromocitoma	2	> 10 anos

## Frequência e idade de início das principais manifestações clínicas da neurofibromatose 1

Manifestação clínica	Frequência (%)	Idade de início
Comprometimento cognitivo grave (QI <70)	4–8	Nascimento
Problemas de aprendizagem	30–60	Nascimento
Epilepsia	6–7	Vitalício
Glioma da via óptica	15 (apenas 5% sintomático)	Nascimento até 7 anos (até 30 anos)
Gliomas Cerebrais	2–3	Vitalício
Displasia da asa esfenóide	<1	Congênita
Estenose do aqueduto	1,5	Vitalício

Tabela 2. Frequência e idade de início das principais manifestações clínicas da neurofibromatose 1

Os princípios analisados como critérios para a NF1, englobam vários sistemas do corpo humano e aparentemente não possuem interligação. Dessa forma, as modificações citadas no caso, desde alterações oftálmicas a dermatológicas, podem ter origem pleiotrópica. A pleiotropia consiste em genes que produzem alterações anatômicas e fisiológicas e podem produzir consequentemente diferentes fenótipos no indivíduo como os nódulos de Lisch que originam hamartomas, ou seja, nódulos na íris, variando da coloração amarela a marrom, característicos da doença. Podem produzir também manchas na cor café-com-leite devido ao aumento da produção de pigmento nos melanócitos e efélides, vulgarmente chamadas de sardas, que são máculas amarronzadas provenientes da hiperpigmentação de células da camada basal da pele.

As manchas café-com-leite são máculas hiperpigmentadas, com contornos bem definidos, aspecto homogêneo, distribuição aleatória, assintomáticas e raramente sofrem alterações malignas. São habitualmente a manifestação inicial da NF1, detectando-se ao nascimento ou na primeira infância, 80-90% dos doentes apresentam mais de cinco manchas café-com-leite ao um ano de idade, observando-se um aumento em número e dimensões ao longo da infância. Assim, recomenda-se que crianças com seis ou mais MCL acima de 5 mm de diâmetro ao nascimento sejam acompanhadas, uma vez que a maioria destas irá desenvolver outras manifestações da NF1, as quais poderão surgir somente no final da infância ou mesmo na adolescência.

As efélides (sinal de Crowe) têm aspecto semelhante a manchas café-com-leite pequenas (1 a 3 mm) e surgem caracteristicamente nas pregas (axilas, regiões inguinais e pregas infra-mamárias). Esta é habitualmente a segunda característica notada na criança com NF1, surgindo tipicamente entre os três e cinco anos e com prevalência de 80% aos seis anos.

Os nódulos de Lisch, pequenos hamartomas pigmentados da íris, devem ser pesquisados através de exame da Oftalmologia com lâmpada de fenda nos doentes com suspeita de NF1. Habitualmente surgem na adolescência precoce e observam-se em 90% após os 16 anos. Não diminuem a acuidade visual.

Os gliomas da via óptica (OPG) são astrocitomas pilocíticos de grau 1 e ocorrem

em cerca de 15% das crianças com NF1. Frequentemente são assintomáticos e mais indolentes do que seus pares na população em geral. No entanto, alguns tumores produzem acuidade visual prejudicada, visão de cor anormal, perda de campo visual, estrabismo, anormalidades pupilares, disco óptico pálido, proptose e disfunção hipotalâmica. O risco de OPG sintomática é maior em crianças com menos de 7 anos, e indivíduos mais velhos raramente desenvolvem tumores que requerem intervenção médica.

As crianças pequenas não se queixam de deficiência visual até que ela esteja avançada e, às vezes, apenas quando apresentam perda visual bilateral. Os pais precisam estar atentos a possíveis indicadores de problemas visuais: não pegar pequenos brinquedos e esbarrar em objetos.

Os neurofibromas são tumores benignos da bainha dos nervos periféricos que são lesões focais cutâneas ou subcutâneas, ou plexiformes difusas ou nodulares. Os neurofibromas cutâneos são encontrados na maioria dos indivíduos com NF1, geralmente se desenvolvem no final da adolescência ou início dos vinte anos, mas ocasionalmente surgem na primeira infância.

Os neurofibromas cutâneos podem ser removidos se causarem quaisquer problemas ou incômodos. Recomenda-se o encaminhamento a cirurgiões especializados na remoção de neurofibromas e os cirurgiões plásticos devem ser consultados quanto a neurofibromas na face e no pescoço.

Os neurofibromas subcutâneos são evidentes à palpação da pele, podem ser sensíveis ao toque e causar formigamento na distribuição do nervo afetado. A alteração maligna raramente ocorre e, se a remoção for contemplada, deve-se procurar orientação de especialistas de NF1 ou cirurgiões de tecidos moles / nervos periféricos, já que a remoção ocasionalmente resulta em déficit neurológico.

Os neurofibromas plexiformes causam morbidade significativa porque são difusos, crescem ao longo do comprimento de um nervo e podem envolver múltiplos ramos nervosos e plexos. As lesões podem ser nodulares e múltiplos tumores discretos podem se desenvolver em troncos nervosos. Neurofibromas plexiformes infiltrados no tecido mole circundante e hipertrofia óssea são evidentes em alguns casos.

A tabela a seguir apresenta os procedimentos em cada faixa etária:

MANEJO DE PACIENTES COM NF1			
De 0 a 8 anos	De 8 a 15 anos	De 16 a 21 anos	Acima de 21 anos
Exame físico cuidadoso procurando curvatura do osso longo, assimetria do membro, escoliose Verificação da pressão arterial; exame oftalmológico pelo oftalmologista pediátrico Avaliar o desenvolvimento, a linguagem e a aprendizagem	Exame físico cuidadoso procurando escoliose, assimetria de membros, neurofibromas Rever o desempenho escolar procurando dificuldades de aprendizagem e déficit de atenção; discutir a NF e o efeito da puberdade em NF, e perguntar sobre socialização e auto-estima	Exame físico cuidadoso procurando neurofibromas. Obter estudos de imagem para avaliar qualquer queixa de dor Análise o desempenho escolar, discuta a NF e pergunte sobre socialização e auto-estima Discuta a herança da NF1 e o risco de gravidez Discuta os efeitos da puberdade, gravidez e pílulas anticoncepcionais na NF	Exame físico cuidadoso e verificação da pressão arterial Estudos de imagem para avaliar qualquer queixa de dor Discutir neurofibromas cutâneos, dor e risco de câncer Discutir socialização e carreira / empregos

Tabela 3. Os estudos de imagem são indicados apenas para avaliação de queixas específicas.

\* Os pais devem ser examinados. Se um dos pais for afetado, todos os filhos devem ser examinados. Há um risco de 50% de NF1 para cada gravidez

## 5 | TRATAMENTO

Ainda não há cura para a NF1, porém o quanto antes for detectada, mais fácil será o acompanhamento do paciente, uma vez que qualquer sintoma será prontamente identificado (seja ele neurológico, cutâneo ou de outro segmento do corpo) e a possibilidade de algum tratamento poderá ser oferecido com melhor chance de benefício.

O tratamento para neurofibromatose pode ser feito através da cirurgia para remover os tumores que estão provocando pressão sobre órgãos ou através da radioterapia para reduzir o seu tamanho. Porém, não existe um tratamento que garanta a cura ou que impeça o aparecimento de novos tumores.

Nos casos mais graves, em que o paciente desenvolve câncer, pode ser necessário fazer o tratamento com quimioterapia ou radioterapia direcionada para os tumores malignos.

Para o bem estar do portador, é necessário desmistificar a neurofibromatose, informando a respeito do caráter não contagioso e sim genético da doença, para que a mesma seja melhor compreendida e respeitada, a fim de que esses indivíduos não sejam negligenciados perante a sociedade.

## REFERÊNCIAS

Asociación de Afectados de Neurofibromatosis. Disponível em: <<http://neurofibromatosis.es/publicaciones-nf/revistas-nf/#toggle-id-5>>. Acesso em novembro de 2018.

COUTO, Cristiana et al. Neurofibromatose tipo 1: diagnóstico e seguimento em idade pediátrica. **Acta Pediát. Port., Portugal**, v. 43, n. 2, p. 75-83, 2012.

DE SOUZA, Juliana Ferreira et al. Neurofibromatose tipo 1&58; mais comum e grave do que se imagina Neurofibromatosis type 1&58; more frequent and severe than usually thought. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 4, p. 394-399, 2009.

FERNER, R. et al. Guidelines for the diagnosis and management of individuals with neurofibromatosis 1. **Journal of medical genetics**, v. 44, n. 2, p. 81-88, 2007.

JUNIOR, Luiz Guilherme Darrigo et al. Neurofibromatose tipo 1 na infância: revisão dos aspectos clínicos. **Rev Paul Pediatr**, v. 26, n. 2, p. 176-82, 2008.

MARTINS, C. et al. Neurofibromatose tipo 1 em idade pediátrica. O que vigiar. **Acta Med Port**, v. 20, p. 393-400, 2007.

MARQUES, Mayara Silva; DA LUZ VERONEZ, Djanira Aparecida. Desmistificando a Neurofibromatose tipo 1 na infância: Artigo de Revisão. **Revista Médica da UFPR**, v. 2, n. 2, p. 79-84, 2015.

RODRIGUEZ, Luiz Osvaldo Caneiro. Neurofibromatoses – Associação Mineira de Apoio às pessoas com Neurofibromatose (AMANF). Disponível em: <<http://amanf.org.br/neurofibromas/>>. Acesso em novembro 2018.

TONSGARD, James H. Clinical manifestations and management of neurofibromatosis type 1. In: **Seminars in pediatric neurology**. WB Saunders, 2006. p. 2-7.

## OS POTENCIAIS RISCOS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NA MANIPULAÇÃO CERVICAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

**Heldâneo Pablo Ximenes Aragão Paiva Melo**

Faculdade Ieducare – FIED, Sobral – Ceará.

**Kedmo Tadeu Nunes Lira**

Centro Universitário INTA – UNINTA, Sobral – Ceará.

**RESUMO:** Manipulação da coluna cervical (MCS) é utilizada no tratamento de pessoas com dor no pescoço e dor de cabeça. Esta revisão teve como objetivo identificar os efeitos adversos da manipulação da coluna cervical. Foi realizado um estudo de revisão bibliográfica onde foram abordadas publicações entre os anos de 2007 a 2017, através de buscas sistemáticas utilizando bancos de dados eletrônicos. Diversas foram as complicações encontradas para a manipulação da coluna cervical, dentre elas a dissecação e obstrução da artéria vertebral, acidente vascular cerebral. A preocupação com complicações após a manipulação da coluna cervical parece ser justificada, devendo o paciente sempre procurar por profissionais especializados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Manipulação. Cervical. Complicações.

**ABSTRACT:** Cervical spine manipulation (MCS) is used to treat people with neck pain and headache. This review aimed to identify the adverse effects of manipulation of the cervical

spine. A bibliographic review study was carried out in which publications were approached from 2007 to 2017 through systematic searches using electronic databases. Several complications were found for the manipulation of the cervical spine, among them the dissection and obstruction of the vertebral artery, stroke. The concern with complications after manipulation of the cervical spine seems to be justified, and the patient should always look for specialized professionals.

**KEYWORDS:** Manipulation. Cervical. Complications.

### 1 | INTRODUÇÃO

A manipulação da coluna cervical é realizada por profissionais como fisioterapeutas, osteopatas, quiropraxistas com o propósito de resgatar a função das estruturas e sistemas corporais, atuando através da ação manual sobre os tecidos corporais (articulações, músculos, fâscias, ligamentos, cápsulas, vísceras, tecido nervoso, vascular e linfático). Embora esse tratamento seja considerado seguro, se não devidamente aplicado, pode trazer problemas, tais como o acidente vascular cerebral, hematoma subdural, mielopatia, radiculopatia cervical, dissecação da artéria vertebral e até a morte (ROSA, 2009).

Para Frisoni, Anzola (2011) quando empregada de forma apropriada e competente, o cuidado da osteopatia é seguro e eficaz na prevenção e tratamento de diversos problemas de saúde, pois evidencia a conduta conservadora do sistema neuromusculoesquelético, sem a utilização de técnicas cirúrgicas ou uso de medicamentos.

Não obstante, há riscos e contraindicações notórios com vinculação a protocolos manuais e outros métodos utilizados na prática manual, visto que o manuseamento articular compreende um movimento passivo severo da articulação além de seu limite ativo de movimento, todavia os osteopatas devem conhecer os fatores de risco que contraindiquem a preparação (SHEKELE; BROOK, 2001).

O risco de problemas vertebrobasilares após a manipulação cervical colabora consideravelmente com o propósito de um terapeuta realizar a manipulação cervical. As complicações podem ser graves porque as artérias vertebrais e basilares fornecem até 20% do fluxo sanguíneo cerebral. A isquemia de qualquer uma dessas estruturas, pode causar sintomas como tontura, nistagmo, derrame cerebral e até a morte (CRAWFORD et al., 2004).

As complicações graves são raras, o mais temido é o acidente vascular cerebral. Contudo, muitos autores têm manifestado dúvidas sobre a segurança da manipulação da coluna cervical, a menos que realizado por profissional especializado, tal como um osteopata com experiência, por empregar uma terapia manipulativa extremamente precisa e sofisticada, o qual adota o conceito de medicina da “pessoa como um todo” e considera o sistema de músculos, ossos e articulações, principalmente da coluna, como um reflexo das enfermidades do corpo e também parcialmente responsável pelo início de processos patológicos (GATTERMAN, 2000).

Baseado em uma revisão das lesões relacionadas com a manipulação da coluna cervical, Cote et al. (2006) também sugeriram que pode resultar na dissecação arterial aguda. Sua teoria é suportada pela observação de que indivíduos jovens sem conhecer a patologia vascular sistêmica ou que recebem a manipulação da coluna cervical às vezes têm infartos cerebrais posteriores na artéria vertebrobasilar (FRISONI; ANZOLA, 2011).

Com alguns insucessos da manipulação cervical, os autores perceberam que a terapia alternativa estava sendo usada para a região cervical, como a mobilização, pois envolve baixa velocidade de movimento, o que diferencia da manipulação.

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistematizada da literatura sobre os potenciais riscos da manipulação cervical.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

### 2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de revisão sistemática com abordagem qualitativa, para a identificação de produções sobre o tema: Os potenciais riscos de acidente vascular encefálico na manipulação cervical: uma revisão sistemática. A revisão sistemática busca responder a uma pergunta claramente formulada utilizando métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e coletar e analisar dados de estudos incluídos na revisão (CLARK, 2011).

A revisão sistemática segundo Peterson et al. (2008) é um estudo secundário, que tem por objetivo reunir estudos semelhantes, publicados ou não, avaliando-os criticamente em sua metodologia e reunindo-os numa análise estatística, a metanálise, quando isto é possível.

A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2011), responde a indagações de cunho particular, visto que corresponde a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

### 2.2 Métodos e Procedimentos

A coleta de dados foi realizada por meio do mapeamento sistemático, o qual segue cinco passos essenciais a serem adotados: definição de questões de pesquisa, realização da pesquisa de estudos primários relevantes, triagem dos documentos, *keywording* dos resumos (esquema de classificação) e a extração de dados e mapeamento (COCHRANE COLLABORATION, 2009).

**1º passo:** Considerando os questionamentos deste estudo, bem como seus objetivos, a seguinte questão foi elaborada: Quais os potenciais riscos para manipulação cervical?

**2º passo:** Inicialmente foram delimitados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) a partir da busca no sítio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) compreendendo as bases de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Pubmed. A opção por estes bancos de dados se justifica por serem conhecidos e muito utilizados por acadêmicos e profissionais da área de saúde e pelo rigor na classificação de seus periódicos. Os descritores utilizados foram: manipulação, cervical e complicações.

**3º passo:** A seleção dos estudos buscou artigos que estejam disponíveis na íntegra, nos idiomas português e inglês, nos últimos 10 anos (2007 a 2017). Foram excluídos estudos repetidos, cartas, editoriais e que não abordaram diretamente a aludida temática.

**4º passo:** O *Keywording* é uma estratégia para reduzir o tempo necessário para desenvolver o esquema de classificação e garantir que o esquema leve em

consideração os estudos existentes. Dessa forma, o *Keywording* é realizado em duas etapas. Na primeira etapa, foram lidos os resumos dos estudos selecionados com a procura de palavras-chave, bem como conceitos que refletem a contribuição dos mesmos. Após esta etapa, foram identificados o contexto da pesquisa. Em seguida, as palavras-chave dos diferentes estudos foram combinadas para desenvolver um alto nível de compreensão da natureza e contribuição da pesquisa, o que resultou na construção de um conjunto de categorias. Quando os resumos são de qualidade insatisfatória interferindo na escolha das palavras-chave, pode-se escolher investigar também as seções de introdução ou conclusão dos referidos estudos.

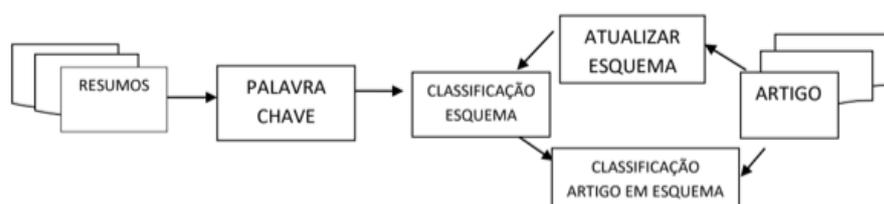


Figura 1 – Construção do Esquema de Classificação dos Estudos

Fonte: Petersen *et al* (2010).

Diante do exposto, quando um conjunto final de palavras-chave fora escolhido, estas foram agrupadas e formaram as categorias para o mapa.

**5º passo:** O esquema de classificação apresentado na Figura 1 pode evoluir ao fazer a extração de dados, como adicionar novas categorias ou mesclar e dividir categorias existentes.

### 2.3 Análise e Discussão dos Dados

As análises foram realizadas seguindo as etapas do mapeamento sistemático por meio da leitura, agrupamento e análise dos artigos. A partir desta fase, foi possível encontrar evidências para a discussão dos resultados.

Inicialmente, para a organização e tabulação dos dados, e posterior avaliação, elaborou-se um instrumento de coleta de dados contendo: ano, título do artigo, autores, objetivos, métodos e resultados (Apêndice A).

A análise dos resultados referentes à quinta etapa foram realizadas por meio da apresentação das frequências das publicações para cada categoria, tornando-se possível verificar quais categorias foram enfatizadas em pesquisas anteriores e identificar lacunas e possibilidades de pesquisas futuras.

## 3 | RESULTADOS

Na busca realizada entre 2007 a 2017, foram encontrados 70 estudos na base de dados PUBMED e um no LILACS, dos quais apenas 06 alcançaram todos os critérios

de inclusão.

Autor/ Ano de publicação	Título	Objetivo	Método	Resultados
Whedon et al. (2015)	Risk of Stroke Following Chiropractic Spinal Manipulation in Medicare B Beneficiaries Aged 66–99 Years with Neck Pain	O objetivo deste estudo foi quantificar o risco de acidente vascular cerebral após a manipulação quiroprática da coluna vertebral, em comparação com a avaliação por um médico de cuidados primários, para os pacientes com idade entre 66 e 99 anos com dor no pescoço.	Coorte retrospectivo	A proporção de indivíduos com AVC de qualquer tipo na coleta de quiropraxia foi de 1,2 por 1.000 a 7 dias e 5.1 por 1.000 a 30 dias. Na coorte de cuidados primários, a proporção de indivíduos com acidente vascular cerebral de qualquer tipo foram 1,4 por 1.000 a 7 dias e 2,8 por 1.000 a 30 dias. No Coorte de quiropraxia, o risco ajustado de acidente vascular cerebral foi significativamente menor aos 7 dias em relação ao Coorte de cuidados primários (hazard ratio 0,39; IC 95%: 0,33-0,45), mas aos 30 dias, uma ligeira elevação do risco foi observada para a coorte de quiropraxia (hazard ratio 1.10, 95% CI 1.01-1.19).
Xuemei et al. (2014)	Classificação de Estudos de Casos de Manipulação Espinhal e Dissecção Arterial	Desenvolver um estudo de caso sobre manipulação espinhal e dissecção arterial	Coorte retrospectivo	De 3690 pacientes selecionados pela Classificação Internacional de Doenças-9 ao longo de 30 meses, 414 (11,2%) confirmaram a dissecção da artéria cervical com um valor preditivo positivo de 10,5% (IC 95% 9,6-11,5%). O valor preditivo positivo foi maior nos pacientes <45 vs ≥ 45 anos (41% vs 9%, p <0,001). Foi realizado um estudo anterior que relatou não associação entre manipulação espinhal e dissecção da artéria cervical (OR = 1,12, IC 95% 0,77-1,63), e recalculou um OR de 2,15 (IC 95%: 0,98-4,69). Para pacientes menores de 45 anos, o OR foi 6,91 (IC 95%: 2,59-13,74).
Herzog et al. (2012)	Vertebral artery strains during high-speed, low amplitude cervical spinal manipulation.	Elucidar os possíveis efeitos prejudiciais de Forças SMT em tecidos internos.	Artigo de revisão	As cepas de AV obtidas durante o SMT são significativamente menores que as obtidas durante o teste de diagnóstico e amplitude de movimento, e são muito menores do que as cepas de falha.
Herzog (2010)	The biomechanics of spinal manipulation	Descrever as forças exercidas por quiropratas em pacientes durante alta velocidade, manipulações de baixa amplitude da coluna vertebral e as respostas fisiológicas produzidas pelos tratamentos.	Artigo de revisão	Stress e tensões na artéria vertebral durante manipulação espinhal quiroprática. A ação do pescoço foi sempre muito menor do que a produzida durante a amplitude passiva do movimento. Procedimentos de teste e diagnóstico.

Stelle et al. (2014)	Influência da manipulação osteopática na velocidade de fluxo sanguíneo da circulação cerebral em indivíduos com cervicalgia mecânica crônica	Verificar se a manipulação osteopática com técnica articulatória rítmica cervical gera oscilações anormais de velocidade de fluxo sanguíneo ou riscos à circulação das artérias carótidas internas, vertebrais e basilar.	Estudo quantitativo	Nessa população estudada a manipulação osteopática com técnica articulatória rítmica cervical não gerou significativa oscilação da velocidade de fluxo sanguíneo das artérias carótidas internas, vertebrais e basilar e não ofereceu risco à circulação cerebral.
Gouveia; Castanho; Ferreira, (2009)	Segurança das intervenções quiropráticas	Avaliar a tolerabilidade e segurança de procedimentos quiropráticos.	Revisão sistemática Pesquisa eletrônica	Um total de 376 artigos relevantes foram identificados, dos quais 330 foram descartados após resumo ou análise completa do artigo. A pesquisa identificou 46 artigos que incluiu dados relativos a eventos adversos: 1 teste randomizado controlado, 2 estudos caso-controle, 7 estudos prospectivos, 12 pesquisas, 3 estudos retrospectivos e 115 relatos de casos. A maioria dos eventos adversos relatados foram benignos e transitórios, porém há relatos de complicações que ameaçavam a vida, como dissecação arterial, mielopatia e extrusão do disco vertebral. A frequência de eventos adversos variou entre 33% e 60,9% e a frequência de efeitos adversos graves os variou entre 5 traços / 100.000 manipulações para 1,46 eventos adversos graves / 10.000.000 manipulações e 2,68 mortes / 10 mil manipulações.

Quadro 1: Artigos selecionados sobre os potenciais riscos para manipulação cervical

## 4 | DISCUSSÃO

Os procedimentos de mobilização e manipulação articulares vem sendo muito investigados nas últimas décadas devido sua grande eficiência e auxílio para os tratamentos em terapia manual da coluna vertebral.

A manipulação é uma mobilização parada que tende a mover os elementos de uma junção ou de um grupo de articulações, para além de seu jogo habitual, até o limite anatômico possível. Portanto, ao nível da coluna vertebral, esta consiste na execução de manobras de rotação, lateroflexão, flexão ou extensão isolada e/ou combinada sobre o segmento vertebral escolhido.

O estudo de Whedon et al. (2015) trata da polêmica quanto à segurança da manipulação da coluna cervical e o acidente vascular cerebral. A manipulação da coluna cervical é um tratamento para dor no pescoço, geralmente realizado por médicos quiropráticos.

Muitos autores têm manifestado dúvidas sobre a segurança da manipulação cervical. O risco de um acidente vascular cerebral (AVC) após manipulações da coluna por quiropratas está bem documentado por Church (2016).

A terapia manipuladora espinhal (SMT) é administrada em 8% dos adultos americanos anualmente (XUEMAI et al., 2014). Essa terapia está associada a desfechos neurológicos adversos, incluindo a dissecação da artéria cervical (DAC) e acidente vascular cerebral (LEE, 2010). A magnitude do risco no presente estudo foi estimada alta de 1 em 958 manipulações para tão baixo quanto 1 em 5.850.000 manipulações. A ligação causal entre SMT e DAC tem sido questionada (ENGELTER; GROND-GINSBACH; METSO, 2013).

Segundo Leach (2010) a dissecação da artéria carótida é uma circunstância excepcional e remete 2,5 a 3/100.000 habitantes por ano e a dissecação da artéria vertebral (DAV) acontece numa incidência de 0,5 a 2,5/100.000 habitantes por ano. É responsável apenas por 2% de todos os acidentes vasculares encefálicos. Entretanto, quando se considera apenas clientes com idade inferior a 40 anos, a dissecação é responsável por 10% a 25% dos casos. Dissecações das artérias carótidas internas e vertebrais geralmente surgem a partir de um trauma da parede interna ou camada adventícia exterior; geralmente devido a danos ao vaso dos vasos.

Herzog et al. (2012) também trata sobre a terapia manipuladora espinhal (SMT) reconhecida como uma modalidade de tratamento eficaz para problemas nas costas, no pescoço e musculoesquelético. Uma das principais questões do uso do SMT é a sua segurança devido ao risco desta terapêutica provocar acidente vascular encefálico. A grande maioria desses acidentes envolvem o sistema vertebro-basilar, especificamente a artéria vertebral (VA) entre C2/C1.

A manipulação da coluna cervical foi associada à melhora nos resultados de dores de cabeça em estudos envolvendo pacientes com dor cervical e/ou disfunção do pescoço e dor de cabeça (ROTHMAN, 2008).

O estudo de Thomas (2016) evidencia que a terapia manipulativa espinhal é um tratamento eficaz para dores de cabeça tensionais. Quatro semanas após a interrupção do tratamento os pacientes que receberam a terapia manipulativa espinhal experimentaram um benefício terapêutico sustentado em todos os principais resultados, em contraste com os pacientes que receberam terapia de amitriptilina, que voltaram aos valores basais.

Herzog (2010) traz um estudo sobre biomecânica da manipulação espinhal e ressalta que a biomecânica é a ciência que lida com as forças externas e internas que atuam em sistemas biológicos e os efeitos produzidos por essas forças. Neste artigo o autor descreve sobre as forças mecânicas. A manipulação da coluna vertebral também é usada para tratar outras condições. Há alguns indícios de que ela pode melhorar os sintomas da dor de cabeça ou ajudar a aliviar a dor no pescoço.

A manipulação articular é uma técnica de terapia manual efetuada em alta velocidade, pequena extensão e normalmente no final da amplitude de movimento. O

local de emprego da manipulação é escolhido levando em consideração a apresentação clínica do paciente, bem como as predileções de tratamento do terapeuta. Os tratamentos manipulativos se diferenciam das demais terapias manuais pelo ímpeto manipulativo, o thrust, provocado ao final do movimento articular passivo, representa um impulso muito breve, seco, mas suave e equilibrado que ultrapassa esta amplitude fisiológica, aplicado diretamente ou indiretamente, sem ultrapassar o limite além do qual se produz desordens estruturais.

Stelle et al. (2010) em seu estudo sobre motivação da manipulação osteopática na velocidade de fluxo sanguíneo da circulação cerebral em pacientes com cervicália mecânica crônica, evidencia que as disfunções somáticas vertebrais e as lesões de coluna são comumente motivadas por movimento brusco e inesperado. Essas disfunções produzem uma sensibilização do circuito neural medular, periférico e autônomo, chamado de fenômeno de sensibilização ou facilitação medular, onde há uma hiperatividade simpática com acréscimo do tônus vascular, congestão venosa e linfática, modificação dos reflexos víscero-somáticos e tensões miofasciais.

Com isso podem surgir alguns sinais e sintomas como cervicália, alteração postural e redução da amplitude de alguns movimentos. Em indivíduos normais, apesar do complexo trajeto, o fluxo sanguíneo das artérias vertebrais não deve ser prejudicado por movimentos normais da coluna cervical, pois ocorre compensação imediata e suficiente da irrigação arterial para o encéfalo através dos ramos e comunicações arteriais.

A literatura tem referido até hoje os efeitos das TMO em indivíduos que apresentem algum tipo de doença ou disfunção. No estudo de Lombardini et al. (2009), por exemplo, a autores averiguaram a eficácia das Técnicas Manipulativas Osteopáticas (TMO) em pacientes com doença arterial periférica. Jardine; Gillis; Rutherford (2012) pesquisaram o efeito das TMO sobre a circulação sanguínea na artéria femoral superficial e a melhora dos sintomas em indivíduos com osteoartrite de joelho. Cerritelli et al. (2011) acompanharam pacientes hipertensos e mediram o efeito da TMO sobre a camada íntima média e pressão arterial nestes indivíduos.

Murray (2014) em seu estudo que avaliou o efeito das TMO na melhora da perfusão da artéria femoral e temperatura da pele em pacientes com lesão medular e em sujeitos sadios, não encontrou diferença significativa entre os grupos. O autor realizou uma coleta de variáveis de Doppler: velocidade de fluxo sanguíneo (Pico Sistólico, Pico Diastólico) e diâmetro do vaso antes e após cada uma das quatro sessões realizadas. Argumenta que apesar de não haver diferenças significativas os mínimos ganhos entre os períodos pré e pós-teste são importantes para a melhora do indivíduo com lesão medular.

Um estudo avaliou a tolerabilidade e segurança dos procedimentos quiropráticos e concluiu que são frequentes as reações adversas após a manipulação espinhal variando de 33% a 60,9%, principalmente o aumento da dor ou rigidez. Contudo, a frequência de eventos adversos graves não está bem estabelecida variando entre

5/100.000 manipulações e 1.46 eventos adversos graves/10.000.000 manipulações e 2.68 mortes/10.000.000 manipulações. O acidente vascular cerebral é o mais frequente (GOUVEIA; CASTANHO; FERREIRA, 2009).

Rosa (2009), por sua vez, sustenta que o tratamento por meio de técnicas manuais ou ajustes específicos nas estruturas do corpo, concentrando-se na restauração da função coordenada pelo sistema nervoso, como as práticas da quiropraxia tem uma enorme abrangência do movimento, reduzindo a irritação nociceptora e equilibrando a sustentação de peso entre os sistemas de suporte anterior e posterior da coluna vertebral, oferecendo alívio às forças compressivas contra a raiz nervosa dentro do canal vertebral e do forame intervertebral.

David (2012) também considera a quiropraxia uma alternativa viável e benéfica, que vem ganhando a credibilidade dos profissionais fisioterapeutas e da sociedade em geral. Afinal, enfermidades como as lombalgias tem aumentado em proporções alarmantes, especialmente entre os trabalhadores, gerando, entre outras coisas, aposentadorias precoces e refletindo significativamente na qualidade de vida das pessoas. Por fim, o autor ressalta que a quiropraxia, tem como característica exclusiva o fato de ensinar a seus praticantes não só uma técnica fria, mas a possibilidade de compreensão do ser humano em sua integralidade, bem como estimular o aprofundamento da sensibilidade que aumenta a habilidade do toque, da palpação e do ajuste quiroprático especializado, visto como aquele que provavelmente excede às técnicas de quaisquer outras terapias de manipulação.

## CONCLUSÃO

Concluiu-se que a incidência de efeitos adversos após a manipulação da coluna cervical apesar de pequena é preocupante, uma vez que pela região passam estruturas vasculares nobres.

Algumas limitações foram encontradas na análise dos dados deste estudo, pois o assunto é restrito na literatura. Não é possível, portanto, determinar se esta análise foi exaustiva. O uso de uma terminologia ambígua possivelmente deturpa o entendimento.

Sugere-se que a maioria das lesões relacionadas com a manipulação da coluna cervical são oriundas de diagnósticos equivocados, podendo ter havido falha em reconhecer o aparecimento ou progressão dos sinais e sintomas neurológicos, que a técnica aplicada pode ter sido inadequada ou utilizada na presença de distúrbios não detectados pelo terapeuta no exame físico prévio. Apesar de todas as dificuldades, os dados obtidos nessa pesquisa podem ser úteis para avaliar a prevalência dessas lesões.

## REFERÊNCIAS

- CERRITELLI, F. et al. **Osteopathic manipulation as a complementary treatment for the prevention of cardiac complications: 12-Months follow-up of intima media and blood pressure on a cohort affected by hypertension.** Journal of Bodywork and Movement Therapies, v. 15, n. 1, p. 68-74, January 2011.
- CHURCH, E.W. et al. **Systematic Review and Meta-analysis of Chiropractic Care and Cervical Artery Dissection: No Evidence for Causation.** Cureus, v.8, n.2, p.49, Feb, 2016.
- CLARK, O.A.C. **A pesquisa.** Pesq. Odontol Bras, São Paulo, v. 17, Suplemento 1, p.67-69, mai. 2011.
- COCHRANE COLLABORATION. **the Diagnostic Test Accuracy Working Group.** 2009. Disponível em: <http://srdta.cochrane.org/en/index.html>. Acessado em 15 de set 2017.
- COTE, P. et al. **The validity of the extension-rotation test as a clinical screening procedure before neck manipulation: a secondary analysis.** J Manipulative Physiol Ther. 2006; 19:159 –164.
- CRAWFORD, J.P. **Vascular ischemia of the cervical spine: a review of relationship to therapeutic manipulation.** J Manipulative Physiol Ther. 2004;7:149 –155.
- DAVID, C.E. **Quiropraxia: a sua história e a sua metodologia,** v.3, n.1, p.34, 2012.
- ENGELTER, S.T. et al. **Cervical artery dissection: trauma and other potential mechanical trigger events.** Neurology, v.80, n.21,p.1950–1957, 2013 May.
- FRISONI, G.B.; ANZOLA, G.P. **Vertebrobasilar ischemia after neck motion.** Stroke. v.22, n.3, p.1452–1460. 2011.
- GATTERMAN, M.I. **Chiropractic Management of Spine-Related Disorders.** Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 2000.
- GOUVEIA, L.O.; CASTANHO, P.; FERREIRA, J.J. **Safety of Chiropractic Interventions: A Systematic Review.** SPINE, v.34, n.11, p. 405-413, 2009.
- HERZOG, W. **The biomechanics of spinal manipulation.** Journal of Bodywork & Movement Therapies, v.14, n;3. p.280 – 286, 2010.
- HERZOG, W. et al. **Vertebral artery strains during high-speed, low amplitude cervical spinal manipulation.** Journal of Electromyography and Kinesiology, v.22, n.2, p.740-746, 2012.
- JARDINE, W. M.; GILLIS, C. **The effect of osteopathic manual therapy on the vascular supply to the lower extremity in individuals with knee osteoarthritis: A randomized trial.** International Journal of Osteopathic Medicine, v. 15, n. 4, p. 125-133, December 2012.
- LEACH, R.A. **Patients with symptoms and signs of stroke presenting to a rural chiropractic practice.** J Manipulative Physiol Ther. v.33, n.1, p:62–69, 2010 Jan.
- LEE, V.H. et al. **Incidence and outcome of cervical artery dissection: a population-based study.** Neurology, v.67, n.10, p.1809–1812, 2010. Nov.
- LOMBARDINI, R. et al. **The use of osteopathic manipulative treatment as adjuvant therapy in patients with peripheral arterial disease,** p. 439-443, 2009.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 6.ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 2011.
- MURRAY, D.J.G. **The Effects Of Osteopathic Treatment on Common Femoral Artery Blood**

**Flow and Skin Temperature in Spinal Cord Injured and AbleBodied Individuals.** Open Access Dissertation and Theses, v.24, n.6, p.66, 2014.

PETERSEN, K. et al. **Systematic mapping studies in software engineering.** Proceedings of the 12th international conference on Evaluation and Assessment in Software Engineering, 2008.

ROSA, R.A. **Eficácia do tratamento quiroprático na redução das queixas de lombalgia de trabalhadores de uma empresa situada no Rio Grande do Sul.** Monografia. Graduação em Quiropraxia. Centro Universitário Feevale. Novo Hamburgo, 2009.

ROTHMAN, K.J.; GREENLAND, S.; LASH, T.L. **Validade em Estudos Epidemiológicos.** Filadélfia: Lippincott-Williams-Wilkins; 2008.

SHEKELE, P.G, BROOK, R.M. **A community-based study of the use of chiropractic services.** Am J Public Health. 2001;81:439–442.

STELLE, R. et al. **Influence of osteopathic manipulation on blood flow velocity of the cerebral circulation in chronic mechanical neck pain.** Rev Dor. São Paulo, v.15, n.4, p.281-6. 2010.

THOMAS, L.C. **Cervical arterial dissection: An overview and implications for manipulative therapy practice.** Man Ther. v.23, n.2, p.21-29, 2016.

WHEDON, J.M. et al. **Risk of Stroke Following Chiropractic Spinal Manipulation in Medicare B Beneficiaries Aged 66–99 Years with Neck Pain.** j. Manipulative Physiol.Ther; 2015, feb, v.38, n.2, p.93-101.

XUEMEI, C. et al. **Case Misclassification in Studies of Spinal Manipulation and Arterial Dissection.** J. Stroke Cerebrovasc.dis. 2014 sep. v.23, n.8, p.2031 – 2035.

## CARACTERIZAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR ATRAVÉS DE QUESTIONÁRIO SIMPLIFICADO E CORRELAÇÃO COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

### **Ana Clara Reis Barizon de Lemos**

Universidade Estácio de Sá, Faculdade de  
Medicina

Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

### **Andreia de Lima Maia**

Universidade Estácio de Sá, Faculdade de  
Medicina

Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

### **Erika Cristina de Oliveira Chaves**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Departamento de Patologias e Laboratórios

Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

### **Guilherme Margalho Batista de Almeida**

Universidade Estácio de Sá, Faculdade de  
Medicina

Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

### **Igor Batista Moraes**

Universidade Estácio de Sá, Faculdade de  
Medicina

Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

### **Lucas Borges de Figueiredo Chicre da Costa**

Universidade Estácio de Sá, Faculdade de  
Medicina

Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

### **Yasmine Henriques de Figueiredo Rebecchi**

Universidade Estácio de Sá, Faculdade de  
Medicina

Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

**RESUMO:** A avaliação do consumo alimentar se constitui um instrumento valioso para a análise do estado de saúde da população no que diz sobre doenças crônicas não transmissíveis. O objetivo da pesquisa foi obter informações sobre a alimentação da população adulta através de questionário validado e analisá-las de forma a relacionar com doenças crônicas. As perguntas se constituíam em fechadas e consideravam o consumo de alimentos específicos. O colesterol formado através da gordura saturada ingerida é transportado através da LDL. O aumento desta no plasma é fatores de risco para o desenvolvimento de placa de ateroma. Recomenda-se a substituição por gorduras mono e poli-insaturadas (ômega), que o colesterol proveniente é transportado pela lipoproteína HDL, que estabiliza e até regride uma placa de ateroma já formada, pois diminuem a agregação plaquetária, pressão arterial e melhoram função endotelial dos vasos sanguíneos. Os prováveis benefícios das frutas, legumes e verduras são atribuídos a sua potencial capacidade antioxidante, já que conseguem diminuir a concentração de homocisteína e a atividade plaquetária no sangue, fatores estes que são aumentados na oxidação. A ingestão de altos níveis de açúcar de forma rápida, como acontece ao ingerir refrigerantes tradicionais, está relacionada ao aumento do apetite e ganho de peso. Dessa

forma, pode-se concluir que alguns hábitos mais saudáveis podem amenizar as consequências de uma dieta não restritiva, como o consumo diário de frutas e verduras, o que ajuda a reduzir o risco de doenças cardiovasculares e neoplasias.

**PALAVRAS-CHAVE:** alimentação; população; adulta; doenças crônicas; colesterol.

## 1 | INTRODUÇÃO

A avaliação do consumo alimentar se constitui atualmente um instrumento extremamente valioso para a análise do estado de saúde da população e do controle de doenças crônicas não transmissíveis, pois é bem estabelecido que a qualidade da dieta tem papel importante na ocorrência de agravos a saúde.

Além disso, a avaliação permite acompanhar o perfil de consumo da população de forma a fornecer subsídios para o desenvolvimento de políticas e programas de saúde adequados, direcionados para grupos específicos, de acordo com a caracterização de risco.

Sabe-se que a industrialização, urbanização e desenvolvimento econômico acelerados vêm alterando o padrão de alimentação nos países em desenvolvimento. O aumento do consumo de gorduras (principalmente saturadas) e de carboidratos associados com um estilo de vida sedentário pode aumentar a ocorrência de doenças como obesidade, diabetes, hipertensão e neoplasias.

## 2 | OBJETIVOS

Obter informações sobre os hábitos alimentares da população adulta através de aplicação de questionário validado no artigo original e analisá-las, de forma a relacionar com doenças crônicas não transmissíveis de alta ocorrência.

## 3 | METODOLOGIA

Todos os participantes concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os voluntários responderam um questionário previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio de Janeiro (nº 02/2006), contido no quadro 1.

Trata-se de um estudo desenhado para validar múltiplos métodos de avaliação da dieta. As perguntas do questionário se constituíam em perguntas fechadas para avaliação de hábitos alimentares, considerando o consumo de alguns alimentos específicos.

Foram obtidas informações de 100 homens e 80 mulheres, na faixa etária de 18 a 60 anos. Foram excluídos do estudo os voluntários que: não se recordaram de uma ou mais respostas contidas no questionário; o hábito alimentar não se encaixava em

nenhuma das opções.

\*Quadro 1 - questionário simplificado\*

Questões	Respostas
O que o sr. (ou sra.) utiliza com maior frequência para passar no pão ou em biscoitos?	Manteiga / Margarina / Ambas / Não Consome
Se o sr. (ou sra.) utiliza margarina, utiliza margarina light?	Sim / Não / Não consome margarina
Que tipo de leite o sr. (ou sra.) bebe com maior frequência?	Leite desnatado / Leite Semi-desnatado / Leite integral / Leite C / Não consome
Quando o sr. (ou sra.) consome queijo, requeijão ou iogurte, na maior parte das vezes esses produtos são:	Diet ou Light / Tradicional / Não consome
Que tipo de refrigerante o sr. (ou sra.) costuma beber?	Diet ou light / Tradicional / Ambos / Não consome
Com que frequência o sr. (ou sra.) retira a pele de frango?	Nunca / Algumas vezes / Sempre
Qual tipo de suco de frutas o sr. (ou sra.) utiliza mais frequentemente?	Feito com Fruta / Feito com polpa congelada / Suco de Garrafa / Refresco em pó / Suco de caixa pronto para beber / Não bebe
O sr. (ou sra.) come frutas todos os dias?	Sim / Não
O sr. (ou sra.) come verduras ou legumes todos os dias?	Sim / Não

## 4 | RESULTADOS

Para a primeira pergunta 37% respondeu manteiga, 19% margarina, 23% ambas e 21% não consome. Para a segunda 65% respondeu tradicional, 28% diet ou light e 7% não consome.

Sobre o consumo de refrigerante 43% respondeu tradicional, 26% não consome, 17% diet ou light e 14% ambos. Já sobre o consumo de suco de frutas 52% respondeu feito com a fruta, 13% suco de garrafa, 13% de caixa pronto para beber, 11% refresco em pó, 6% poupa congelada e 5% não bebe.

Dos entrevistados, 58% alegaram que não comem fruta todos os dias e 42% disseram que sim. Sobre o consumo de legumes diariamente 60% respondeu que sim e 40% respondeu que não.

Quando perguntado sobre o tipo de leite consumido 34% respondeu desnatado, 34% respondeu integral, 17% não consome e 15% semi-desnatado.

A última pergunta, sobre a frequência com que retiram a pele do frango 49% respondeu que sempre, 37% algumas vezes e 14% nunca. Nota-se que 50% das mulheres respondeu que sempre retira, já os homens aproximadamente 38% retiram sempre.

## 5 | DISCUSSÃO

O consumo da pele do frango e da manteiga indicam uma ingestão considerável

de ácidos graxos saturados, uma vez que esses alimentos são ricos em gorduras saturadas. A gordura saturada é a principal causa alimentar da elevação de colesterol plasmático, pois reduz receptores celulares específicos, inibindo a remoção plasmática das partículas de LDL-c permitindo, além disso, maior entrada de colesterol nas partículas de LDL-c4.

O elevado de colesterol está relacionado ao aumento de processos inflamatórios, desenvolvimento e/ou progressão de diabetes mellitus tipo 2, obesidade, aumento da pressão arterial e de eventos cardiovasculares, principalmente no processo de formação da placa de ateroma. Recomenda-se a substituição da ingestão de gordura saturada na dieta por alimentos ricos em gorduras mono e poli-insaturadas.

Ácidos graxos ômega-3 e ômega-6: estão relacionados a melhora da função autonômica, são antiarrítmicos, diminuem a agregação plaquetária e a pressão arterial, melhoram função endotelial e estabilizam a placa de ateroma.

Devido ao estresse oxidativo ter um papel significativo no processo da maioria das doenças no envelhecimento, os prováveis benefícios das frutas, legumes e verduras são atribuídos a sua potencial capacidade antioxidante. Além disso, o consumo desses alimentos pode diminuir os riscos de morte relacionados a doenças coronarianas e acidentes vasculares cerebrais por meio da modificação da atividade planetária e concentração de homocisteína. Redução do risco de câncer: vegetais são fontes de carotenóides, vitaminas A, E e C, selênio, isoflavonas e ligninas.

Sabe-se que o refrigerante tradicional apresenta uma quantidade significativa de carboidratos. A ingestão de altos níveis de açúcar de forma rápida, como acontece ao consumir refrigerantes, está relacionada ao aumento do apetite e ganho de peso. O ganho de peso, quando significativo, pode causar inúmeras doenças cardiovasculares, respiratórias, músculo-esqueléticas, metabólicas, entre outras.

Estudos mostram diminuição da massa óssea e risco elevado de fraturas associados ao consumo de refrigerantes (principalmente de cola) por meio da geração de carga ácida no organismo: elevada quantidade ácido fosfórico usado como acidulante nessas bebidas. Já os refrigerantes diet e light (com quantidades menores ou sem carboidratos) apresentam negativamente grande quantidade de sódio, que quando consumido em excesso pode levar a hipertensão arterial, estar associado ao câncer gástrico e a osteoporose.

Ademais, o consumo de adoçantes não calóricos induzem o desenvolvimento de intolerância à glicose através de alterações na composição e funcionalidade da microbiota intestinal.

## 6 | CONCLUSÃO

Existe uma tendência maior entre os entrevistados pelo uso de produtos tradicionais, como acontece com queijos, iogurtes, requeijão e o refrigerante. Houve

distinção de consumo entre homens (leite desnatado, retira as vezes a pele do frango) e mulheres (leite integral, retira sempre a pele do frango). Alguns hábitos mais saudáveis podem amenizar as consequências de uma dieta não restritiva, como o consumo diário de frutas e verduras, o que ajuda a reduzir o risco de doenças cardiovasculares e neoplasias.

## REFERÊNCIAS

American Heart Association. AHA Scientific Statement. **Dietary guidelines**. Revision 2000. A statement for health care professionals from the nutrition committee of the American Heart Association. *Circulation* 2000; 102:2284-99.

Elinav E. et al. **Artificial sweeteners induce glucose intolerance by altering the gut microbiota**. *Nature* 514, 181–186

Figueiredo, Iramaia Campos Ribeiro. **Determinantes do consumo de frutas, legumes e verduras em adultos residentes no município de São Paulo**. 2006. Dissertação (Mestrado em Nutrição) - Faculdade de Saúde Pública, University of São Paulo, São Paulo, 2006. doi:10.11606/D.6.2006.tde-09112006-092958. Acesso em: 2017-05-20.

Keys A. **The diet and 15-year death rate in the seven countries study**. *Am J Epidemiol* 1986; 124:903-15.

Kim S.H., Morton D.J., Barrett-Connor E.L. **Carbonated beverage consumption and bone mineral density among older women: the Rancho Bernardo Study**. *Am J Public Health*. 1997;87(2):276-9.

Morais G.Q, BURGOS M.G.P.A. **Impacto dos nutrientes na saúde óssea: novas tendências**. *Revista Brasileira de Ortopedia*, v. 42, n. 7, pp. 189-194, 2007.

Santos RD, Gagliardi AC, Xavier HT, Magnoni CD, Cassani R, Lottenberg AM. **I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular**. *Arq Bras Cardiol*. 2013;100 (1 Suppl 3):1-40.

Sarno F., Claro R.M., Levy R.B. et al. **Estimated sodium intake by the Brazilian population, 2002–2003**. *Rev Saude Publica*. 2009; 43: 219–225

Sartorelli, D.S.; Cardoso, M. **Associação entre carboidratos da dieta habitual e diabetes mellitus tipo 2: evidências epidemiológicas**. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, v.50, p.415-426, 2006.

## ENFRENTAMENTO DO SURTO DE COQUELUCHE PELA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MIRANGABA-BA

**Jenifen Miranda Vilas Boas**

Universidade Estadual da Bahia, Campus VII  
Senhor do Bonfim – Bahia

**RESUMO:** Trata-se de um relato de experiência, cujo objetivo é descrever sobre a intervenção desencadeada pela Vigilância Epidemiológica (VIEP) no controle de um surto de coqueluche no município de Mirangaba-BA. Descrevemos as ações realizadas pela VIEP municipal com apoio da Atenção Básica em saúde, Vigilância Sanitária e Núcleo em Saúde, iniciada em agosto/2014. Ocorreram 24 casos suspeitos em uma creche, gerando sobrecarga na assistência em saúde da Equipe de AB municipal. A secretaria de Saúde e seus setores enquanto condutora do processo de notificação, investigação e controle do agravo teve também como colaborador a VIEP estadual. Foram adotadas medidas administrativas, quimioprofiláticas e assistenciais e mesmo com deficiências estruturais conseguiu manter os casos restritos a creche, com qualidade e agilidade das ações de vigilância impedindo a cadeia de transmissão da doença. As ações e orientação seguiram e tiveram como referencia o guia de vigilância epidemiológica do Ministério da Saúde. Como facilitador tivemos a equipe clínico do Centro de Saúde com médicos clínicos e pediatra. Foram elaboradas

planilhas de acompanhamento de casos, alerta municipal sobre a doença, palestras na escola, administração de medicamentos com quimioprofilaxia de suspeitos e comunicantes, ações imunoprevisíveis, visitas domiciliares. Realizou-se também um fluxo de atendimento a pessoa com sintomas que contribuiu para melhoria da assistência prestada à população, com um atendimento mais acessível e eficaz.

**PALAVRAS-CHAVE:** surto; coqueluche; vigilância epidemiológica.

**ABSTRACT:** This is an experience report, which aims to describe the intervention triggered by Epidemiological Surveillance (VIEP) in the control of a whooping cough in the city of Mirangaba-BA. We describe the actions carried out by the municipal VIEP with support from the Basic Health Care, Health Surveillance and Health Center, initiated in August / 2014. There were 24 suspected cases in a day care center, generating overhead in the health care of the municipal AB team. The Department of Health and its sectors as the conducting of the process of notification, investigation and control of the grievance also had as collaborator the state VIEP. Administrative, chemoprophylactic and care measures were adopted and, even with structural deficiencies, managed to keep cases restricted to daycare, with quality and agility of surveillance actions, preventing the

chain of transmission of the disease. The actions and orientation followed and had as reference the guide of epidemiological surveillance of the Ministry of Health. As facilitator we had the clinic staff of the Health Center with clinicians and pediatrician. Spreadsheets for case follow-up, municipal alert on the disease, lectures at school, medication administration with suspected and communicating chemoprophylaxis, immunoprevisible actions, home visits. There was also a flow of care to the person with symptoms that contributed to the improvement of care provided to the population, with a more accessible and effective care.

**KEYWORDS:** outbreak; pertussis; epidemiological surveillance.

## 1 | INTRODUÇÃO

Conhecida como tosse comprida, à coqueluche é Doença infecciosa aguda, de alta transmissibilidade, de distribuição universal. Importante causa de morbimortalidade infantil. Compromete especificamente o aparelho respiratório (traqueia e brônquios) e se caracteriza por paroxismos de tosse seca. Em lactentes, pode resultar em um número elevado de complicações e até em morte. O **Agente etiológico** *Bordetella pertussis* é um bacilo gram-negativo, aeróbio, não esporulado, imóvel e pequeno, provido de cápsula (formas patogênicas) e de fímbrias (BRASIL, 2017).

O período de incubação é em média, de 5 a 10 dias, podendo variar de 4 a 21 dias, e raramente, até 42 dias. Ocorre, principalmente, pelo contato direto entre a pessoa doente e a pessoa suscetível, por meio de gotículas de secreção da orofaringe eliminadas durante a fala, a tosse e o espirro. Em alguns casos, pode ocorrer a transmissão por objetos recentemente contaminados com secreções de pessoas doentes, mas isso é pouco frequente, pela dificuldade de o agente sobreviver fora do hospedeiro (BRASIL, 2017).

A partir de 2011 o perfil epidemiológico da coqueluche no país começa a mudar com o aumento do registro de casos e surtos da doença em alguns estados brasileiros. O cenário epidemiológico da coqueluche na Bahia mostra uma tendência crescente de casos de coqueluche no Estado, com aumento considerável nos anos de 2011 e 2012, ocorrendo surto em Feira de Santana e Vitória da Conquista.

Considerando o total de casos confirmados de coqueluche (n=524) no período de 2003 a 2012, observa-se que 58,9% (309/524) ocorreram em menores de 01 ano de idade e que destes, 93,8% (290/309) ocorreram em menores de sete meses de idade, sendo o grupo etário de 1 a 2 meses, o mais atingido. Ressalta-se que esse grupo, em função da idade (< 06 meses), ainda não recebeu o esquema básico da vacinação (pelo menos 03 doses) conforme preconizado no calendário de vacinação da criança do Ministério da Saúde, o que o torna ainda mais suscetível à doença (NOTA TECNICA, 2013).

A vigilância epidemiológica da coqueluche tem como objetivo proporcionar conhecimentos atualizados sobre características epidemiológicas, no que diz respeito,

principalmente, à distribuição de sua incidência por áreas geográficas e grupos etários, taxas de letalidade e mortalidade, eficácia dos programas de vacinação, bem como a detecção de possíveis falhas operacionais da atividade de controle da doença na área, sendo, portanto, necessárias ações visando à obtenção de dados sobre confirmação do diagnóstico; à proporção de casos em vacinados; à determinação de coeficientes de ataque; aos padrões de distribuição e programação da doença; à cobertura vacinal e, também; às condições de conservação e de aplicação da vacina utilizada (BRASIL, 2017).

Na Bahia, os Núcleos regionais de Saúde (NRS) é referência estadual para dar suporte e orientação aos municípios no manejo dos casos de coqueluche, sendo apoiador nos diagnósticos do agravo e outras doenças de notificação compulsória. A estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) prevê como atribuições constitucionais dos municípios a prestação dos serviços, com destaque para as ações da atenção básica e de vigilância da saúde. Os Núcleos, neste contexto passam assumir funções de coordenação, regulação e cooperação técnica com os municípios.

Em Março de 2014 iniciou-se um aumento de casos de coqueluche em Mirangaba, sendo caracterizada como surto. Os casos se concentraram em uma creche municipal que atende crianças de 0 a 6 anos. Conforme a planilha de acompanhamento de casos suspeitos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-BA), (Figura 1), houve aumento substancial na demanda, ocorrendo neste ano, 24 atendimentos suspeitos de coqueluche no centro de saúde, gerando uma sobrecarga tanto para a assistência como para a Vigilância Epidemiológica local. O atendimento clínico e laboratorial foi realizado em tempo hábil após a identificação do caso índice.

Houve aumento substancial de notificações por parte das equipes de saúde através das fichas SINAN e da área de educação (creche). Foi crescente a demanda de atendimento dos casos, gerando uma busca por diagnóstico e tratamentos adequados. Diante da situação de crise vivenciada, a Secretaria de saúde adotou diversas medidas, visando garantir seu papel, executando sua responsabilidade sanitária e conduzindo do processo de controle, notificação e investigação do agravo. Tivemos como apoiadores a Vigilância Estadual e o Núcleo Regional de Saúde da região Centro Norte da Bahia. Estabeleceu-se processos de comunicação entre as vigilâncias envolvidas (Municipal, Estadual, Laboratório Central de Saúde Pública de BA - Lacen).

Para um ágil processamento do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) com a digitação das fichas da unidade na VIEP municipal, foram feitas capacitação de digitadores no município e formalizações administrativas e assistenciais, com alerta das Equipes de Atenção Básica e população sobre os sintomas clássicos, importância da notificação e tratamento da doença de maneira rápida e adequada, favorecendo assim as ações da vigilância epidemiológica.

A intervenção desenvolvida pela vigilância seguiu desde a identificação do caso no nível municipal incluindo a visita para realização de diagnóstico, como tratamento

e busca de casos com garantia da notificação e investigação da coqueluche, fazendo o fluxo da informação em tempo hábil para as instâncias hierárquicas superiores. Utilizou-se para tanto, o protocolo de orientação (NOTA TÉCNICA ESTADUAL Nº 01/2013 - GT DTP/COVEDI/DIVEP/SESAB/SUVISA) quanto à conduta clínicas e de vigilância no atendimento da coqueluche, racionalizando o fluxo de pacientes na rede de saúde do município.

O conhecimento resultante dessa experiência contribuiu para demais municípios no sentido de fornecer condutas adequadas a situação de surgimento da doença. Apesar momentos de crise em que os municípios vivenciam em relação a saúde pública com a presença de problemas estruturais e financeiros intrínsecos dos Sistema Único de Saúde ( SUS), é muito importante que estes adote medidas de prevenção, promoção e prevenção de agravos, para manter a cobertura assistencial, qualidade e agilidade das ações de vigilância.

Este relato tem como objetivo a descrever as ações desenvolvidas pela Vigilância Epidemiológica do município de Mirangaba-BA, no enfrentamento do surto de coqueluche, ocorrido no mês de Março de 2014, destacando seu papel no processo de notificação e investigação do agravo e como organizadora e coordenadora das ações.

## 2 | METODOLOGIA

Estudo descritivo, tipo relato de experiência que traz a vivência de uma equipe de profissionais do município de Mirangaba-BA, tendo como apoiador Estadual o Núcleo Regional de Saúde do Centro Norte da Bahia. A Vigilância epidemiológica municipal composta por uma enfermeira e dois técnicos de vigilância foram os responsáveis pela realização e acompanhamento das notificações nos aspectos gerenciais e assistenciais, bloqueio de casos, organização dos serviços junto com a equipe de atenção Básica em saúde, coleta de exames, manejo, envio e transporte ao laboratório de Referencia (LACEN-BA).

As notificações realizadas no âmbito do Município tomaram como referencial as características da doença tendo a definição de caso de coqueluche do Ministério da Saúde. Caso Suspeito: Todo indivíduo, independente da idade e estado vacinal, que apresente tosse seca há 14 dias ou mais, associado a um ou mais dos seguintes sintomas: tosse paroxística (tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (5 a 10) em uma única expiração); guincho inspiratório ou vômitos pós-tosse. Todo indivíduo, independente da idade e estado vacinal, que apresente tosse seca há 14 dias ou mais, e com história de contato com um caso confirmado de coqueluche pelo critério clínico.

A equipe Dispunha de material para diagnóstico laboratorial (Coleta Nasofaringe), assim o procedimento de Coleta da Secreção de Nasofaringe para Cultura, com Isolamento de Bordetella foi possível ser realizados na maioria dos casos suspeitos e notificados. No período do surto fornecido o Kit para exame de cultura de Bordetella

foram fornecidos pelo Núcleo Regional de saúde, sendo liberados a partir de números de notificações realizadas. Essa técnica é considerada como “padrão-ouro” para o diagnóstico laboratorial da Coqueluche, por seu alto grau de especificidade, embora sua sensibilidade seja variável. Como a *B. pertussis* apresenta um tropismo pelo epitélio respiratório ciliado, a cultura deve ser feita a partir da secreção nasofaríngea.

Para a realização do exame nas crianças com suspeita a técnica utilizada seguiu os seguintes padrões: Período ideal de coleta: A amostra foi coletada preferencialmente na fase aguda da doença, coletando a amostra preferencialmente antes do início da antibioticoterapia, ou no máximo, até 03 (três) dias após o início do tratamento. Na coleta de amostras de Swab de nasofaringe, era realizada a Identificação dos tubos de meio de transporte com o nome completo do paciente, data de Nascimento, data de Coleta. Realizada um swab para cada narina, não repetindo de forma alguma o procedimento.

O exame era feito exclusivamente pelas enfermeiras da Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica nos locais: laboratório municipal; creche e na residência dos casos suspeitos. Antes de iniciar a coleta usavam-se o procedimento de lavagem das mãos e de Equipamento de Proteção individual (máscara e luvas). A limpeza pré-exame era feita com a retirada do excesso de muco nasal com Soro Fisiológica 0,9% utilizando gazes embebecidas. O início da coleta era feita com o bom posicionamento da criança, de preferência no colo materno ou paterno.

Inclinando levemente a cabeça do paciente, seguia-se a introdução do swab estéril (fornecido pelo LACEN) pelo meato nasal, paralelamente ao palato superior, buscando atingir o orifício posterior das fossas nasais, evitando tocar o swab na mucosa da narina. Ao sentir o obstáculo da parede posterior da nasofaringe (neste momento o paciente lacrimeja) gira-se o swab por alguns segundos. Após o swab era retirado evitando tocá-lo na mucosa da narina e por final introduzia-se o swab no meio de transporte (Regan-Lowe), de forma que o algodão fique totalmente dentro do meio de transporte. O tubo deveria ser Tampado e verificando se está bem vedado. As amostras Encaminhadas imediatamente ao LACEN em temperatura ambiente.



Figura 1. Técnica de Coleta Nasofaringe.

Fonte: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

Os dados do surto foram registrados no Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN) instalado no nível Local e em forma de planilha de acompanhamento Excel. A fonte de dados do estudo foi o Sinan-local, e planilha de acompanhamento dos casos elaborada para este finalidade, relatório de atividades realizadas pela Equipe. O Programa Excel foi utilizado para análise das variáveis e elaboração das tabelas e gráficos. As variáveis foram descritas por meio de frequências, absoluta e relativa.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram identificados 24 casos suspeitos, destes tivemos 14 casos confirmados de coqueluche em Mirangaba, no período de Março a Agosto/2014. A maioria dos casos se concentrou em crianças que residiam na zona urbana (90%) e estudavam na creche local. As crianças da zona rural pouco foram acometidas (apenas 1 caso notificado e confirmado). Em relação à idade, todas as notificações foram pediátricas, nas crianças menor de 1 ano de vida (10%), e na faixa de 1-4 anos (90%). Nesse período, a ocorrência no sexo feminino prevaleceu (78,5%), masculina (21,5%).

A tosse (seca há 14 dias ou mais) foi sintoma mais frequente no atendimento das crianças pela equipe de saúde local (100%), seguido da tosse paroxística (tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (5 a 10) em uma única expiração) (85,7%) e vômitos (85,7%). Outros sintomas: Cianose (21,4%), guincho (inspiração forçada, súbita e prolongada, acompanhada de um ruído característico) (14,2%), Apneia (7,1%). Não houve relatos de febre ou estado febril. Em torno de 7,1% dos pacientes necessitaram internamento Hospitalar no Hospital Antonio Teixeira Sobrinho (HATS). Os atendimentos destas crianças se deram com uma equipe formada de médico clínico, pediatra, enfermeiros, técnicos de enfermagem, Agente Comunitários de Saúde.

Pela rápida identificação do primeiro caso e instituição de medidas de controle, observou-se a taxa de letalidade nula, com evolução de cura em todos os casos. Entre as medidas realizadas, a quimioprofilaxia foi realizada em 85,7% das crianças e seus contatos domiciliares, com distribuição da droga de escolha Eritromicina, Bloqueio vacinal (7,1%), Uso de Eritromicina com bloqueio vacinal (7,1%). A quimioprofilaxia foi realizada independente do estado vacinal da criança, pois o caso índice possuía quatro doses de vacina DTP e apresentou exame de cultura positivo.

Na busca de casos de coqueluche e de contatos/comunicantes a investigação epidemiológica foi realizada com visita domiciliar nas primeiras 12 horas após a notificação e compreendeu: o preenchimento da ficha de investigação, coleta de secreção nasofaríngea dos suspeitos (No Máximo até 3º dia do antibiótico) e dos comunicantes com tosse. Buscou-se o conhecimento do quadro clínico característico da doença (sinais/sintomas e complicações), histórico vacinal e dos contatos, identificação da área e grupos de risco (vizinhos, amigos), busca ativa de outros casos

na área.

Neste trabalho considerou-se comunicante qualquer pessoa exposta a contato próximo e prolongada no período de até 21 dias antes do início dos sintomas da coqueluche e até três semanas após o início da fase paroxística (BRASIL, 2010). O contato próximo e prolongado se configura em: Membros da família ou pessoas que vivem na mesma casa ou que frequentam habitualmente o local de moradia do caso; Aqueles que passam a noite no mesmo quarto, como pessoas institucionalizadas e trabalhadores que dormem no mesmo espaço físico. Situações em que há proximidade entre as pessoas na maior parte do tempo e rotineiramente: escola, trabalho ou outras circunstâncias que atendam a este critério (BRASIL, 2017).

Uma das principais medidas de controle de interesse prático em saúde pública é a vacinação dos suscetíveis, na rotina da rede básica de saúde. A vacina contra Coqueluche deve ser aplicada mesmo em crianças cujos responsáveis refiram história da doença (BRASIL, 2010). Assim o bloqueio vacinal seletivo imediato foi dirigido aos contatos na faixa etária menor de 01 ano de idade (vacina pentavalente) e entre 01 e menor de 07 anos (vacina DTP) de acordo com a rotina preconizada no Calendário Básico de Vacinação do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde.

De acordo com o calendário vacinal mais atual, os menores de 1 ano deverão receber 3 doses da vacina combinada Vacina pentavalente (DTP + HB + Hib) Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, meningite e outras infecções causadas pelo *Haemophilus influenzae* tipo b a partir dos 2 meses de idade, com intervalo de pelo menos 30 dias entre as doses (idealmente, de 2 meses). Estando esta vacina disponível no Sistema Público de Saúde.

Aos 15 meses a criança deverá receber o primeiro reforço com a vacina DTP (Tríplice Bacteriana), sendo que o segundo reforço deve ser aplicado de 4 a 6 anos de idade. A vacina DTP não deve ser aplicada em crianças com 7 anos ou mais. A vacina DTPa (Tríplice Acelular) é indicada em situações especiais e, para tanto, devem ser observadas as recomendações do Programa Nacional de Imunizações.

Ao identificar que o caso índice pertencia à creche local, Foi recomendado ao primeiro caso isolamento domiciliar e afastamento temporário até segunda ordem da creche. Desencadeou-se uma serie de medidas de atenção à creche sendo realizada e busca dos comunicantes íntimos, familiares e escolares, professores e servidores da escola que apresentassem sinais e sintomas de coqueluche e busca da atualização vacinal dos suscetíveis.

Em visita a creche local, visto que outras crianças poderiam estar contaminadas, foi mobilizada uma equipe de profissionais de Saúde, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem para realizar palestra educativa com familiares explicando sobre a doença e sua disseminação, prevenção da doença, importância da vacinação, medidas de controle, importância de identificação precoce de sinais e sintomas. Além disso todas as crianças da creche foram examinadas e consultadas por médico da família.

No tratamento das crianças suspeitas, diagnosticadas e comunicantes foi utilizada

a Eritromicina (de preferência estolato) é o antigo antimicrobiano de escolha para o tratamento da Coqueluche, por ser mais eficiente e menos tóxico. Esse antibiótico é capaz de erradicar o agente do organismo em 1 ou 2 dias, quando iniciado seu uso durante o período catarral ou no início do período paroxístico, promovendo a diminuição do período de transmissibilidade da doença. No entanto, faz-se necessário procurar atendimento para que o medicamento seja prescrito em doses adequadas, por profissional capacitado (BRASIL, 2010).

Atualmente não se recomenda a eritromicina em crianças menores de 1 mês de idade, pois está associado ao desenvolvimento da síndrome de hipertrofia pilórica, doença grave que pode levar à morte. Contudo no período a orientação de uso nas faixas etárias de 1 a 4 anos foi seguida, sem registro durante a intervenção de quimioprofilaxia, queixas de reação ou problemas relacionadas a eritromicina (BRASIL, 2017).

Recentemente recomenda-se a azitromicina e a claritromicina, macrolídeos mais recentes, têm a mesma eficácia da eritromicina no tratamento e na quimioprofilaxia da coqueluche. A azitromicina deve ser administrada uma vez ao dia durante 5 dias e a claritromicina, de 12 em 12 horas durante 7 dias. Os novos esquemas terapêuticos facilitam a adesão dos pacientes ao tratamento e, especialmente, à quimioprofilaxia dos contatos íntimos (BRASIL, 2017).

Todas as crianças contatos do caso índice foram medicadas junto com seus familiares. As doses foram calculadas pela equipe de enfermagem de acordo com a prescrição médica e entregues com orientações de uso e possíveis reações adversas. As crianças comunicantes do caso índice e sintomáticas com queixa de tosse foram submetidas com a autorização dos pais a coleta da nasofaringe e tratamento com Eritromicina Estolato. Todas estas pessoas medicadas foram acompanhadas pela sua equipe de Saúde da Família.

Em todo percurso da investigação foi suspeitado que a criança provavelmente contraiu a doença de um adulto, familiar que visitou sua residência, oriunda do município de Goiás, contudo na visita esta pessoa não estava presente. Corroborando com esta afirmação a vacinação e a infecção não conferem imunidade no longo prazo, razão pela qual, adolescentes e adultos podem ser infectados e desenvolver formas mais leves da doença. Podem apresentar-se como assintomáticas, dificultando o diagnóstico e tornando-se fontes de infecção para os lactentes, crianças que não foram vacinadas ou com esquema vacinal incompleto (BRASIL, 2012).

Vale então ressaltar a importância da investigação das doenças em adultos assintomáticos comunicantes de crianças suspeitas de coqueluche. Nesta experiência nos também encontramos crianças assintomáticas e que tiveram o exame laboratorial de isolamento da *B. pertussis* por meio de cultura de material colhido de nasofaringe positivado.

Outra importante identificação nesta experiência foi criança com esquema de 3 vacinas Pentavalentes e 1 reforço DPT, com exame laboratorial isolamento da

B. pertussis positivado. Daí então o entendimento de que mesmo tendo indivíduos vacinados e sem sintomas clássicos de coqueluche, os comunicantes precisam ser acompanhados com cuidado, pois podem continuar sendo uma fonte de infecção da doença.

Na realização do Diagnóstico pela equipe de profissionais, as enfermeiras se destacaram na técnica e realização da coleta de secreção da nasofaringe. Este exame se faz necessário para o diagnóstico específico e é realizado mediante o isolamento da B. pertussis por meio de cultura de material colhido de nasofaringe, com técnica adequada. Essa técnica é considerada como “padrão-ouro” para o diagnóstico laboratorial da Coqueluche, por seu alto grau de especificidade, embora sua sensibilidade seja variável. Como a B. pertussis apresenta um tropismo pelo epitélio respiratório ciliado, a cultura deve ser feita a partir da secreção nasofaríngea. A coleta do espécime clínico deve ser realizada antes do início da antibioticoterapia ou, no máximo, até 3 dias após seu início (BRASIL, 2017).

O exame requer uma técnica específica para que tenha um resultado sem interferências ou contaminações. Estas foram realizadas tanto nas residências, como na creche, como no laboratório de referência municipal. O acondicionamento (Temperatura ambiente) deve ser estritamente seguido e rapidamente enviado ao laboratório de referência, no caso em questão, enviávamos as amostras para o LACEN-BA.

O tempo de respostas e para o resultado do exame leva em torno de 15 dias, em média. Esse foi um ponto negativo para o diagnóstico, sendo o tempo crucial para o bloqueio da doença. No caso da Vigilância Epidemiológica de Mirangaba, a suspeita surgiu em meio diagnóstico clínico, com a intervenção baseada na definição de uma suspeita clínica da doença. O resultado laboratorial tardio não impediu que ações fossem realizadas.

O exame de reação em cadeia da polimerase (PCR) foi introduzido em 2009 pelo Instituto Adolfo Lutz por se tratar de um método rápido, desde que esteja acompanhado da cultura quando instituído como diagnóstico, possibilitou o aumento da positividade das amostras e foi importante quando as culturas eram negativas (BRASIL, 2016). Em Mirangaba, utilizou-se de preferência para diagnóstico laboratorial o Isolamento da B.pertussi. O número de culturas negativas ou contaminadas foram em torno de 30% das amostras coletas.

Para encerramento dos casos, pelo critério clínico utilizou-se a definição: Todo caso suspeito com alteração no leucograma caracterizada por leucocitose (acima de 20 mil leucócitos/mm<sup>3</sup>) e linfocitose absoluta (acima de 10 mil linfócitos/mm<sup>3</sup>), desde que não exista outro diagnóstico confirmatório. Clínico- Epidemiológico: Todo caso suspeito que tivesse contato com caso confirmado como Coqueluche pelo critério laboratorial, entre o início do período catarral até 3 semanas após o início do período paroxístico da doença (período de transmissibilidade). Encerramento por critério: Laboratorial: Todo caso suspeito de Coqueluche com isolamento de B. pertussis positiva.

A organização da atenção Básica em Saúde junto a Vigilância Epidemiológica foi indispensável para o resultado satisfatório de controle da doença. Então foram mobilizados todos os profissionais servidores municipais com a realização de uma sensibilização sobre a coqueluche no município, divulgação do protocolo e fluxograma de intervenção no caso de coqueluche, emissão de alerta epidemiológico.

A construção de um fluxograma de atendimento se fez mandatório em virtude na necessidade de padronização das ações de controle e tratamento dos casos, facilitando a execução do Protocolo de atendimento. Segundo Nascimento, 2013, os fluxogramas são utilizados por possibilitar uma visão clara sobre o curso dos fluxos no momento da produção da assistência à saúde e contribuem de forma positiva com o processo administrativo organizacional.

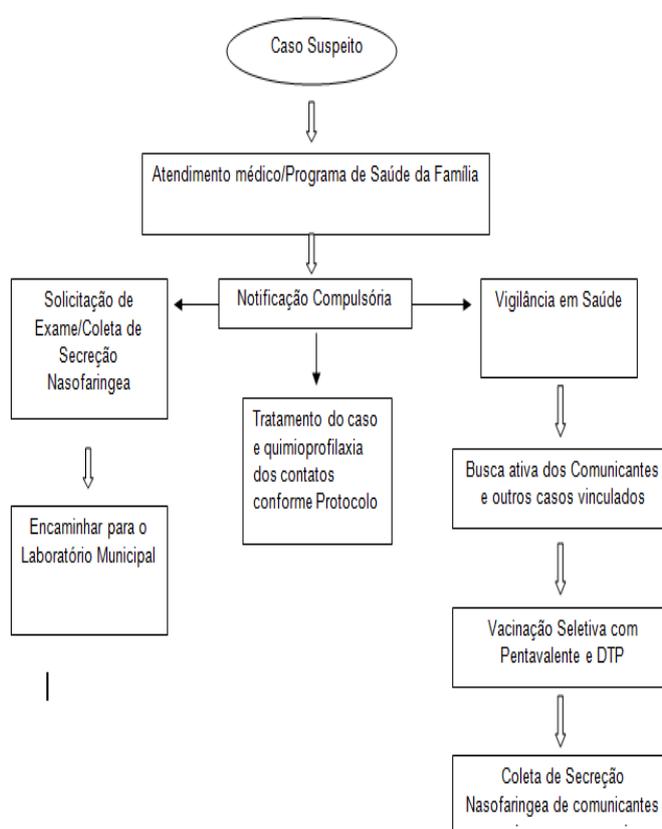


FIGURA 2.FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO COQUELUCHE

Fonte: Elaborado pelo autor.

A atenção Básica está muito próxima das famílias e era o único tipo de serviço atuante e presente no município, assim foi facilitador das ações, pois tivemos o corpo clínico do Centro de Saúde com médicos clínicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e uma pediatra. Conseguiu-se com o apoio das vigilâncias realizar a maioria da rotina de atendimento de casos e emitir as notificação compulsórias, quimioprofilaxia e primeiras medidas de intervenção. O internamento quando necessário eram encaminhado ao hospital de referencia situado em outro município, contudo seguia-se o encaminhamento com a descrição e relatório do paciente.

A atuação da Atenção Básica junto à equipe educacional com os professores da creche fortaleceu no controle das doenças, pois os mesmos se tornaram vigilantes ao aparecimento de sintomas, favorecendo a divulgação de medidas de controle, e abordando o tema no ambiente escola.

Apesar da não evolução dos pacientes a sintomas graves e a recuperação de 100% dos acometidos a realização do diagnóstico da doença pode ser complexo e às vezes pode passar despercebido, mas uma vez diagnosticado, o tratamento deve ser oportuno favorecendo melhora clínica efetiva e a interrupção da cadeia de transmissão da doença.

## 4 | CONCLUSÕES

As equipes de Vigilância Epidemiológica e principalmente o profissional enfermeiro são extremamente importantes quando atuam de forma ativa e compartilhada no controle das doenças, sendo assim a responsabilidade sanitária deve ser um dos princípios a ser seguidos, para tanto precisam sempre estar atualizadas sobre os agravos em Saúde.

A efetividade das ações está estritamente relacionada à capacidade da equipe lidar com as adversidades relacionadas ao próprio Sistema de Saúde e a situação inesperada da ocorrência das doenças, assim a união, o vínculo e comunicação entre os profissionais se mostrou como essencial para uma maior qualidade das ações.

Doenças incomuns podem causar pânico na comunidade e os profissionais necessitam estar preparados para lidar com as mais diversas situações, para que possam transmitir confiança e segurança para os pacientes. Quando o alerta foi dado no município, o acolhimento das equipes de atenção Básica conseguiu deixar a população segura, prestando atendimento tanto nas unidades como nos domicílios, quando necessário.

As doenças nem sempre se apresentam da maneira descritas e os protocolos muitas vezes deixam lacunas a algumas perguntas e situações vivenciadas, assim a experiência de alguns profissionais e a solicitação de apoio a outras instâncias pode garantir maior segurança para a equipe que executa as ações em nível municipal.

## REFERÊNCIAS

BAHIA (Estado). Nota técnica Estadual nº 01/2013- DTP/COVEDI/DIVEP/SESAB/SUVISA. Alerta sobre a Situação Epidemiológica da Coqueluche. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Ano, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação geral de vigilância em Saúde em serviço. Guia de Vigilância em Saúde. Volume Único. Ministério da Saúde. 2ª Ed- Brasília. 2017. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/06/Volume-Unico-2017.pdf>. Acesso em: 14 de Set, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Nota técnica nº 183, de 04 de outubro de 2012. Solicita a inclusão da vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis(acelular) – dTpa – para vacinação de gestantes. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias : guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. 2. ed. Atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/PDF/2017/outubro/16/Volume-Unico-2017.pdf>>. Acesso em: 20 de Junho, 2018.

SANTA CATARINA (estado). Secretaria de Estado da Saúde. Laboratório Central de Saúde Pública de Santa Catarina. Manual de orientação para coleta, acondicionamento e transporte de amostras biológicas. Edição 02, revisão 00. Florianópolis, 2012.

NASCIMENTO, V. F. Fluxograma de Acesso e Atendimento de Enfermagem em Unidade de Saúde Da Família. Revista Eletrônica Gestão & Saúde Vol. 04, Nº. 01, Ano 2013 p. 1922 – 1927. Disponível em: [http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/309/pdf\\_1](http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/309/pdf_1). Acesso em: 19 de setembro, 2018.

## PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E MOTIVAÇÃO DA ESCOLHA PROFISSIONAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARCEIRAS DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO

### **Sílvia Patrícia Ribeiro Vieira**

Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Enfermagem  
Recife – Pernambuco

### **Suzane Brust de Jesus**

Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Enfermagem  
Recife – Pernambuco

### **Marciana Pereira Praia**

Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Enfermagem  
Recife – Pernambuco

### **Clara Fernanda Brust de Jesus**

Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Fisioterapia  
Recife – Pernambuco

**RESUMO:** A presente pesquisa busca conhecer o perfil sociodemográfico do Agente Comunitário de Saúde e entender quais os motivos que os levaram a essa escolha profissional e, caso pudessem escolher a profissão, se continuariam a ser ACS. Trata-se uma pesquisa quantitativa e qualitativa, realizada no município de Olinda. O instrumento de coleta foi um questionário, respondido a próprio punho pelos Agente Comunitário de Saúde na própria Unidade Básica de Saúde, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como resultados percebeu-se que a maioria

dos profissionais são mulheres entre 50-60 anos, ensino médio completo, mais de 15 anos na função, ingressaram através de seleção, vínculo empregatício efetivo, a maioria não possui outro emprego, moram na comunidade, acompanham mais de 150 famílias, a maioria passou por Curso Introdutório e realizaram mais de seis capacitações. Sobre a profissão anterior, a grande maioria trabalhava como prestador de serviço. O principal motivo que os levaram a escolha da profissão foi o desemprego, seguido por desejo de convívio com a comunidade onde residem e de ajudar a comunidade e muitos gostariam de continuar na profissão. Diante do exposto concluímos que a atividade do Agente Comunitário de Saúde é muito importante, pois faz a ligação entre a equipe de saúde e a comunidade. E para que ele faça um bom trabalho é importante que tenha perfil e motivação, tornando-se esse fato um desafio para os gestores.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde; Agente de Saúde Comunitário; Motivação.

**ABSTRACT:** The research aimed to understand the Community Health Agent (Agente Comunitário de Saúde, ACS) sociodemographic profile and the reasons that led the participants to this very professional choice, taking into account the possibility of choosing another career. The qualitative and quantitative data were collected

in the municipality of Olinda. By agreeing with terms of consent (TCLE), participants were asked to answer a questionnaire. The research presented that most professionals are women varying in age from 50-60, High school degree, employees with a work contract with more than 15 years of work experience, the majority of the participants don't have a secondary job, live in suburbs, attending more than 150 families, the majority went to an introductory course and took six or more training classes. About the previous profession, the vast majority did not have a work contract. The main reason that led the participants to the current professional choice was unemployment, followed by the desire to work among and serve the community they reside, and many would like to persist in the job. On the foregoing, we verify the ACS work is very important as it links the public health workers to the community. The ACS needs to be motivated and fit the professional profile to perform a good job, making it a challenge for the managers.

**KEYWORDS:** Primary Healthcare; Community Health Agent; Motivation.

## 1 | INTRODUÇÃO

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado em 1991, introduziu uma série de práticas em saúde, e foi a partir desse contexto que se passou a ter um novo olhar sobre a família, deixando para trás o modelo que enfocava somente o indivíduo. (SILVA JA, 2001).

Dentro desse programa, que é composto por uma equipe multiprofissional, onde atua médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, é que surge um novo ator o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Esse personagem ímpar é geralmente o primeiro elo da atenção básica, uma vez que assume um papel diferenciado dentro do cenário do sistema de saúde. Por fazer parte da comunidade, o ACS permite o fortalecimento do vínculo com a família, proporcionando dessa forma a aproximação das ações de saúde no âmbito familiar, e tal fato aumenta sensivelmente a capacidade da população de enfrentar os problemas existentes.

Segundo o Ministério da Saúde (1995), “O ACS é um trabalhador que integra a equipe de saúde local, auxiliando as pessoas a cuidarem da própria saúde, por meio de ações individuais e coletivas”. A inserção do ACS, como força de trabalho do Sistema Único de Saúde, vem contribuindo para a concretização do processo de municipalização da saúde, bem como para a definição da proposta do Ministério da Saúde em relação a esse profissional, qual seja, “a prestação de cuidados primários de saúde para aumentar a cobertura de atendimento à população”. (FORTES, 2002).

Segundo Carvalho (2005), o SUS está fadado ao fracasso se não dispuser de recursos humanos qualificados, valorizados, comprometidos e acima de tudo, conscientes da importância do seu papel como agente transformador na melhoria da qualidade de saúde e de vida. Assim, tendo o ACS como o elo que liga a comunidade a equipe de saúde, faz-se necessário conhecer melhor quem é esse profissional, e é isto que se busca com a presente pesquisa, traçar o perfil sociodemográfico, bem como

entender quais os motivos que o levaram a se tornar um ACS.

Para tanto essa pesquisa teve como objetivo identificar o perfil sociodemográfico do Agente Comunitário de Saúde e a razão e descrever os motivos que levaram os Agentes Comunitários de Saúde a escolherem essa profissão.

Neste estudo foram utilizadas as abordagens de pesquisa quantitativa e qualitativa, caracterizada por pesquisa de campo, realizada no município de Olinda, no período compreendido entre setembro a novembro de 2016. A cidade atualmente possui 41 Unidades de Saúde da Família, das quais foram utilizadas como sujeitos da pesquisa as 06 unidades cedidas para aulas práticas dos cursos de Medicina e Enfermagem da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), mediante convênio, a saber: Jardim Brasil I e II, Ilha de Santana I e II, COHAB- Peixinhos I, II e III, Vila Popular, Salgadinho e Bonsucesso II.

Para critério de inclusão dos sujeitos na amostra, definiu-se os ACS trabalhadores das 06 equipes das USF especificadas independente do tempo de atuação, idade e sexo. Já para os critérios de exclusão foram considerados os ACS em licença ou férias no período de coleta de dados ou os que se recusaram a participar da pesquisa. Após a aplicação dos critérios mencionados anteriormente, os respondentes foram 96% (n=76) de um total de 80 ACS, que responderam a 1ª parte do questionário e 72% (n=57) que responderam a 2ª parte do mesmo.

Para a realização da pesquisa, o instrumento de coleta de dados utilizado, foi um questionário, composto por duas partes: a primeira parte é formada por perguntas fechadas com opções de respostas de modo a obter um panorama do perfil sociodemográfico desses profissionais. Na segunda fase da pesquisa, o questionário foi composto por sete questões abertas que abordaram os aspectos da percepção do ACS na prática do seu trabalho, de uma forma mais subjetiva, que o responderam a próprio punho. Todos os questionários foram aplicados aos ACS na Unidade de Saúde da Família, após a explicação dos objetivos, e mediante a leitura e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

No que diz respeito à segunda parte do questionário, foi feita uma transcrição literal na íntegra das respostas, onde as mesmas foram consolidadas e categorizadas segundo a ideia central da afirmação. Vale ressaltar que todas as falas encontram-se em anexo e que somente foram compiladas no corpo do texto duas falas de cada categoria. Os ACS foram numerados aleatoriamente e na reprodução das falas, se fez a seguinte apresentação: ACS1, ACS2, ACS3 e assim sucessivamente.

A coleta dos dados foi realizada no período de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017, que foram posteriormente consolidados e analisados dentro do método quantitativo e qualitativo. Ademais, depois da redação do relatório final, a equipe disponibilizou os resultados para outros alunos da instituição, à Secretaria de Saúde do município de Olinda, aos Agentes Comunitários de Saúde, UBS e demais interessados.

## 2 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados a seguir são resultados das análises feitas através do presente estudo, do qual participaram 76 (96%) dos ACS pertencentes às 06 Unidades de Saúde da Família do município de Olinda/PE cedidas para as aulas práticas dos cursos de Medicina e Enfermagem da Unicap, mediante convênio, a saber: Jardim Brasil I e II, Ilha de Santana I e II, COHAB- Peixinhos I, II e III, Vila Popular, Salgadinho e Bonsucesso II.

Os resultados foram divididos em três blocos quais sejam: (1) Perfil sociodemográfico do ACS; (2) A motivação do ACS em escolher a profissão e (3) Se não fosse ACS qual profissão escolheria.

### 2.1 Perfil sócio-demográfico de ACS

Em relação ao perfil sócio-demográfico dos ACS colhemos os seguintes dados:

Unidades	Total	Respondentes	%
Bonsucesso	8	8	100
Cohab-peixinhos	22	21	95
Ilha de Santana	16	15	94
Jardim brasil	16	14	88
Salgadinho	13	13	100
Vila popular	5	5	100
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>76</b>	<b>96</b>

Tabela 1 – Número de Agentes Comunitários de Saúde de Olinda que responderam ao questionário, segundo Unidade Básica de Saúde, 2016.

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 1 mostra a distribuição de ACS lotados na UBSs. Percebe-se que a UBS que mais possui ACS é a de COHAB - Peixinhos I, II e II com 22 ACS, sendo que participaram da pesquisa 21 ACS (95%). Ressalta-se que nessa UBS atuam três (3) equipes. A seguir a UBS de Ilha de Santana I e II que possui 16 ACS sendo que 15 participaram da pesquisa (94%), nesta unidade existem 2 equipes. A UBS de Jardim Brasil I e II tem 16 ACS, participaram da pesquisa 14 (88%), sendo que nesta UBS existem 2 equipes. Na UBS de Salgadinho I e II tem 13 ACS e todos participaram da pesquisa (100%). A UBS de Bonsucesso I tem 8 ACS e todos participaram da pesquisa (100%). E por fim a UBS de Vila Popular I que tem 5 ACS e todos participaram da pesquisa (100%).

A distribuição dos ACS deve obedecer aos parâmetros do Ministério da Saúde (MS), refletindo em uma alocação maior naqueles espaços territoriais com maior número de famílias e, conseqüentemente, maior número de equipes do PSF atuantes de acordo com a Portaria nº 648/GM de 28/03/2006/ PNAB Política Nacional de

Atenção Básica (MS, 2002). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) diz que o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, assim cada Agente Comunitário deve ser responsável por no máximo 750 pessoas, ou seja, 150 famílias e que cada Equipe de Saúde da Família deve ter no máximo 12 ACS (MS, 2002). Assim pode se observar que todas as unidades participantes da pesquisa estão cumprindo o que preconiza o MS, ou seja, no máximo 12 ACS por equipe de saúde.

<b>Idades</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
< 20 anos	0	0
20 → 30 anos	0	0
30 → 40 anos	12	15,8
40 → 50 anos	28	36,8
50 → 60 anos	29	38,2
(+) 60 anos	7	9,2
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>
<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	13	17,1
Feminino	63	82,9
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>
<b>Escolaridade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ensino fundamental	3	3,9
Ensino médio incompleto	1	1,3
Ensino médio completo	51	67,1
Ensino superior incompleto	10	13,2
Ensino superior completo	10	13,2
Outro	1	1,3
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Tabela 2 – Número de Agentes Comunitários de Saúde de Olinda, segundo idade, sexo e escolaridade, 2016.

Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 2, observa-se que 29 (38,2%) dos ACS estão na faixa etária de 50-60 anos, seguido de 40-50 anos, 28 (36,8%) e 12 ACS (15,8 %) estão na faixa etária de 30-40 anos. Vale registrar que o MS preconiza apenas idade mínima acima de 18 anos, porém não estabelece limite máximo.

Com relação à faixa etária Mota e David (2010), relatam que 63% de sua amostra é composta de adultos jovens entre 26 e 40 anos, fato também observado na pesquisa de Santana et, al, 2009 onde 85% da amostra estavam na faixa etária de 20 a 49 anos. Corroborando com a nossa tese, Ferraz e Aerts (2005), relatam o cotidiano de trabalho dos ACS de Porto Alegre, e concluem que 71% de sua amostra tem entre 30 a 40 anos e eles relacionam este achado com o fato de que quando foi criado o PSF foram convidados para ser ACS os presidentes de associação de moradores e líderes comunitários, pois já desenvolviam atividades em prol da comunidade, e segundo

este mesmo autor ser ACS foi a oportunidade de reingresso no mercado de trabalho. (FERRAZ; AERTS,2005)

Os dados do estudo demonstram que os Agentes Comunitários de Saúde com mais idade tendem a conhecer melhor a comunidade, tendo assim maior vínculo e experiência para atendê-los.

Quanto ao sexo, observa-se a predominância do sexo feminino 82,9% (n=63), como mostra a tabela 2. Trata-se de uma profissão majoritariamente feminina, pois o cuidar desde sua origem sempre foi ligado a figura feminina. Sabemos que os ACS surgiram no Ceará com a contratação de uma frente de trabalho de mulheres para ajudar a combater os problemas decorrentes da seca. Colaborando com esse pensamento, Santana et al,(2009) em pesquisa de caráter qualitativo descreve as principais características dos ACS do município de Sete Lagoas-MG. Eles concluíram nesta pesquisa que 85% dos ACS são do sexo feminino, porcentagem também observada no estudo de Mota e David(2010), na cidade do Rio de Janeiro, observando que 82% de sua amostra eram compostas por mulheres. Mota e David (2010) associam o trabalho do ACS ao trabalho doméstico feminino que, segundo os mesmos, possui uma inclinação historicamente reconhecida para o cuidado em saúde. Santana et al, (2009) relacionam o elevado número de mulheres na profissão de ACS com achados históricos e relatam em sua pesquisa que, em razão da mulher ser vista na Idade Média como cuidadora, isto que pode ter suscitado maior adesão ao cuidado por parte delas.

Outro dado que merece discussão é a escolaridade dos ACS participantes da pesquisa. Destaca-se que a maioria apresenta escolaridade de ensino médio completo 67,1% (n=51), seguido de 13,2% (n=10) com ensino superior completo e 13,2% (n=10) com ensino superior incompleto. A lei que regula a profissão de ACS exige, para o exercício da função, ensino fundamental completo. A escolarização ainda se apresenta como um aspecto que vem mudando ao passar dos anos de existência desse trabalhador dos SUS. Mota e David (2010) relatam em sua pesquisa que quando surgiu o PSF 9,6% dos ACS possuíam apenas o ensino fundamental e atualmente este índice é de 2,7%. Hoje o nível de instrução predominante é o médio, fato que colabora com o encontrado em nossa pesquisa. Outro estudo considera que, quando maior o grau de escolaridade mais condições terá o agente de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade (FERRAZ;AERTS,2005).

<b>Tempo de ACS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
< 5 anos	0	0
5- 10 anos	9	11,84
10- 15 anos	20	22,31
15- 20 anos	23	30,26
(+) 20 anos	23	30,26
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

<b>Entrada no Programa</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Seleção	57	75,00
Indicação política	14	18,42
Outros	5	6,58
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>
<b>Vínculo trabalhista</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Estatutário	56	73,68
Contrato	17	22,37
Outros	2	2,63
Não respondeu	1	1,32
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>
<b>Tem outro emprego</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	6	7,89
Não	70	92,10
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Tabela 3 – Número de Agentes Comunitários de Saúde de Olinda segundo tempo de profissão, forma de entrada no programa, vínculos empregatício e se possui outro emprego, 2016.

Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 3, referente ao tempo de serviço como ACS encontramos que 30,3% dos entrevistados encontram-se na faixa de 15 a 20 anos de serviço e que também com o mesmo percentual outro grupo com mais de 20 anos na função perfazendo um total de 60,6%, seguido da faixa de 10-15 anos com 26,3% (n=20) demonstrando que a grande maioria encontra-se na faixa de mais de 15 anos exercendo a função. Isso é um bom indicador, pois mostra que são pessoas experientes e conhecedores dos problemas e necessidades da microárea de sua responsabilidade. (SILVA; SANTOS, 2003)

Considera-se que quanto maior o tempo trabalhado com ACS maior será sua contribuição para Equipe de Saúde da Família, devido ele conhecer melhor a comunidade e suas necessidades de saúde. O tempo de permanência no Programa é importante para o entendimento do papel do agente, que é construído nas suas práticas cotidianas e na integração com a comunidade (FERRAZ; AERTS, 2005).

Sobre o tema como entrou no programa, encontramos que 75% (n=57) teve seu ingresso no programa através de seleção, seguido de 18,4% (n=14) que ingressaram através de indicação política e apenas 6% (n=5) por outra forma. Vale ressaltar que a situação do ACS é diferente da dos demais servidores públicos, pois possui como aspectos fundamentais: solidariedade e liderança, a necessidade de residir na própria comunidade e o conhecimento da realidade social que o cerca. Segundo Ferraz e Aerts (2005), em estudo no município de Porto Alegre enfatizam que todos os agentes comunitários passaram por um processo seletivo, o que acaba se refletindo no nível de escolaridade, pois a maioria apresentava o ensino fundamental completo. Importante salientar que quanto maior o grau de escolaridade mais condições terá o agente de incorporar novos conhecimentos e melhor orientar as famílias que encontram-se sob

sua responsabilidade.

A respeito da forma de vínculo empregatício, 73,7% (n=56) dos ACS possuem vínculo efetivo, ou seja, submetem-se ao regime jurídico municipal, e que 22,4%(n=17) seguem o que está estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. Coube à Lei nº 11.350/2006 regulamentar o § 5º do art. 198 da CF, prevendo, em seu art. 8º, que “os Agentes Comunitários de Saúde admitidos pelos gestores locais do SUS e pela Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, na forma do disposto no § 4º do art. 198 da Constituição, submetem-se ao regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, salvo se, no caso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, lei local dispuser de forma diversa”. Os trabalhadores estatutários seguem o Regime Jurídico e são trabalhadores efetivos (servidores públicos), com estabilidade no emprego após três anos de admissão e que passam por avaliações de desempenho. Têm direitos como férias, décimo terceiro salário, afastamento para tratamento de saúde, insalubridade, licenças sem vencimento e para estudo e aposentadoria.

Pela análise das respostas ao quesito ter outro emprego além de ser ACS, verificamos que uma parcela significativa dos entrevistados 92,1% (n=70) se dedicam às funções de ACS exclusivamente, até mesmo porque a jornada deles é de oito horas diárias, sendo que 7,9% (n=6) exercem outras atividades a saber: vigilante, técnica de enfermagem, cuidadora e manicure. Tais funções podem ser exercidas concomitantemente com a de ACS, pois todas essas profissões elencadas estão diretamente ligadas ao contato com o público, ponto em comum com a função de ACS.

<b>Profissão anterior</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Prestadores de serviços	29	38,1
Comerciários	10	13,1
Educação	9	11,8
Do lar	7	9,2
Saúde	4	5,3
Líder comunitário	2	2,6
Desempregado	6	7,9
Autônomo	3	3,9
Estudante	1	1,3
Limpeza	3	3,9
Não respondeu	2	2,6
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Tabela 4 – Número de Agentes Comunitários de Saúde de Olinda, segundo profissão anterior, 2016.

Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 4 foi analisada a questão sobre profissão anterior a ser ACS, onde obtivemos como resultado que 38,1% (n=29) trabalhavam como prestadores de serviço,

seguido por 13,1% (n=10) que eram comerciários e 11,8% (n=9) que trabalhavam na área da educação. A maioria, antes de se tornar ACS e de assumir o trabalho em saúde, desenvolvia atividades ligadas a prestação de serviço, demonstrando assim que tinha vinculação direta com o público. Vale ressaltar que 5,3%(n=4) trabalhavam na área de saúde antes de ser ACS. A insuficiência ou até a escassez de mercado de trabalho para todas essas ocupações e ou profissões pode nos ajudar a explicar a escolha pela ocupação de agente comunitário de saúde. (SILVA;SANTOS,2003)

<b>Mora na comunidade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	73	96,1
Não	1	1,3
Outro	2	2,6
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>
<b>Quantidade de famílias</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
< 150	0	0
150→ 200	37	48,7
200→ 250	31	40,8
(+) 250	8	10,5
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Tabela 5 – Número de Agentes Comunitários de Saúde de Olinda segundo local de moradia e quantidade de famílias, 2016.

Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 5, sobre o tema morar na comunidade encontramos que 96,1% (n=73) dos entrevistados residem na comunidade, fato que também foi relatado em outras pesquisas. Várias pesquisas apontam que residir na área em que atua faz com que o Agente Comunitário de Saúde torne-se um trabalhador com características especiais, pois exerce a função de elo entre a equip e de saúde e a comunidade vivenciando o cotidiano com intensidade.(LANZONI; MEIRELLES, 2010;AERTS, 2005;BRAND; ANTUNES; FONTANA,2010; MOTA; DAVID,2010).

Para o Ministério da Saúde o ACS é o trabalhador da área de saúde que está em contato permanente com a comunidade, unindo dois universos culturais distintos, o científico e o popular, atuando com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças. Deve residir na própria comunidade em que vive, ser maior de 18 anos, saber ler e escrever, ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades, e entre outras atribuições, trabalhar com famílias em base geográfica definida e realizar o cadastramento e acompanhamento das famílias. Esse trabalhador atua para identificar problemas, orientar, encaminhar e acompanhar a realização dos procedimentos necessários à proteção, promoção, recuperação e à reabilitação da saúde dos moradores de cada casa sob sua responsabilidade, assim como de toda a comunidade. (MS,2002)

Sobre a quantidade de famílias acompanhadas pelo ACS, tivemos como resultado que 48,7% (n=37) acompanha entre 150 a 200 famílias, seguido por 40,8% (n=31) com 200 a 250 famílias e 10,5% (n=8) acompanhando mais de 250 famílias. Esses valores contrariam o que estabelece o Ministério da Saúde, onde cada ACS deve ser responsável por no máximo 150 famílias ou 750 pessoas, conforme o estabelecido na Portaria nº648/2006. Essa situação também foi evidenciada no estudo de Ferraz e Aerts (2005). É importante salientar que o grande número de pessoas/famílias por ACS gera uma sobrecarga de trabalho sobre os mesmos, dificultando, assim, os processos de trabalho, comprometendo a qualidade da atenção. (FERRAZ; AERTS, 2005)

<b>Curso Introdutório</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	52	68,42
Não	19	25,00
Não lembro	5	6,58
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>
<b>Capacitações</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não	0	0
1-3	6	7,89
4-6	3	3,95
(+) 6	67	88,16
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Tabela 6– Número de Agentes Comunitários de Saúde de Olinda segundo o número de capacitações realizadas, 2016.

Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 6 foi analisado sobre quem tinha participado do **Curso Introdutório**, onde 68,4% (n=52) responderam que realizaram, estando de acordo com o estabelecido na Lei nº 11.350/2006. A realização do mesmo é um dos pré-requisitos para se tornar ACS, se tornando uma etapa do processo seletivo.

A respeito das **capacitações**, 88,2% (n=67) dos ACS participantes da pesquisa responderam que realizaram mais de seis capacitações, que 7,9% (n=6) realizaram de 1-3 capacitações, seguidos por 3,9% (n=3) que realizaram de 4 a 6 capacitações desde que entraram na profissão. Percebe-se que a maioria participou de mais 6 capacitações desde que assumiram a função, porém é necessário que essas sejam contínuas, em serviço também, pois eles necessitam ser constantemente atualizados nas questões referentes a saúde da população. Durante a entrevista, muitos ACS referiram sentir falta dessas capacitações que são de extrema importância para o melhor desempenho do seu trabalho. Sugere-se a criação de um núcleo de educação permanente onde o ACS possa receber a capacitação adequada, para que dessa forma tenha melhores condições de repassar as informações.

## 2.2 Motivação do ACS em escolher a Profissão

Para consolidar as respostas dos ACS, todas as falas foram listadas e escolhida uma categoria que representasse o grupo.

Em relação aos motivos que os levaram a escolher a profissão de ACS, encontramos as seguintes categorias: desemprego (n=14), convívio com a comunidade (n=14), ajudar a comunidade (n=12), oportunidade (n=7), vontade de ser ACS (n=6) e casualidade (n=4).

Na primeira categoria, os ACS apontaram o **desemprego** como sendo o principal motivo de se candidatar a função, conforme se pode observar nos fragmentos abaixo:

“O desemprego! Estava desempregado o que aparecia de oportunidade, tentava, ai conseqüentemente fui aprovado para ACS”. (ACS 15).

“No momento da inscrição para o cargo de ACS estava desempregado”. (ACS 13)

Em seguida, como segunda categoria foi apontado o **convívio com a comunidade**, como motivo para se tornar ACS. O fato de conviver na comunidade faz com que eles compreendam melhor as dificuldades nela existentes. Os fragmentos que se seguem exemplificam tal situação:

“Por conhecer os problemas existente na comunidade”. ( ACS 40).

“Já fazia alguns serviços voluntario na comunidade fazia parte do conselho de moradores a mais de 10 anos”. ( ACS 62)

Na terceira categoria **ajudar a comunidade** foi outro motivo elencado pelos agentes comunitários, pois poder de alguma forma contribuir para a melhoria é algo gratificante. Isso pode ser observado nos fragmentos abaixo:

“Ajudar a comunidade e levar as informações, sobre a saúde orientar e as famílias”. (ACS 24)

“Poder ajudar as pessoas, pois amo o que faço”. ( ACS 44).

A quarta categoria teve como outro motivo citado por eles a **oportunidade**, ou seja, encontraram na função uma forma de ingressar no mercado de trabalho, de ajudar a sua comunidade. Os fragmentos a seguir exemplificam o fato:

“Inicialmente foi a oportunidade que me deram. Depois comecei a gostar de ajudar os pacientes”. ( ACS 52)

“Foi a oportunidade que apareceu para ajudar a comunidade”. ( ACS 53)

Na quinta categoria a **vontade de ser ACS** foi apontada por eles como motivo de ingresso na profissão. A possibilidade de fazer parte do quadro de saúde e poder cuidar da comunidade foi o que motivou na hora de escolher a função. Tal fato pode ser comprovado pelos fragmentos abaixo:

“Sonho de ser funcionaria da saúde, pra ter condição de cuidar da saúde das pessoas sem condições”. ( ACS 54)

“Sempre queria ser acho muito lindo essa profissional”. ( ACS 55)

E na última categoria eleita pelos ACS como motivo de sua escolha ficou a **casualidade**, ou seja, ingressar na função sem realmente saber o que era a profissão. Os fragmentos abaixo exemplificam essa escolha:

“Me inscrevi por inscrever, nem sabia o que era, pois correspondia aos pré-requisitos mínimos”. ( ACS 9)

“Puro acaso, que nem sei como explicar, fiz a seleção e entrei primeiro como contrato depois fui efetivado por conta da seleção”. ( ACS 45)

Ao revelarem os motivos que os levaram a ser ACS, destacam o desemprego, o convívio com a comunidade, ajudar a comunidade, oportunidade, vontade de ser ACS e casualidade. Percebe-se claramente pelas falas dos ACS que o desemprego e o fato de conviver com a comunidade são os fatores que mais impulsionam as pessoas a se tornarem Agentes Comunitários, pois por morarem na comunidade eles mais do que ninguém conhecem todos os problemas que nela existem, assim o fato de tornar-se um ACS, representa uma forma de melhorar o ambiente onde ele vive, é a chance de fazer algo diferente, enfim ser um agente de mudanças.

Com relação ao motivo ajudar a comunidade, eles revelam que ser ACS representa algo gratificante, é como se eles tivessem a chance de oferecer algo melhor através do seu trabalho.

Observa-se na fala dos ACS que a questão da oportunidade como motivo de ingresso na função está intimamente ligado com o fator desemprego onde ser ACS representa uma forma de voltar ao mercado de trabalho.

Quanto a vontade de ser ACS, muitos deles revelaram que fazer parte da equipe de saúde é algo de extrema importância, pois podem cuidar das pessoas e levar informações sobre saúde.

E por fim o motivo casualidade , ou seja, alguns entraram na profissão sem saber o que ela significava, sem conhecer a importância do seu trabalho para comunidade.

### 2.3 Mudança De Profissão

Os Agentes Comunitários também foram questionados sobre, caso pudessem escolher a profissão, se eles continuariam a ser ACS, e a maioria respondeu que sim, elencando como principais motivos para continuar na profissão o fato de amar trabalhar com a comunidade, satisfação pelo que fazia, poder ajudar as pessoas, por não se ver em outra profissão, por ser ao mesmo tempo médico e psicólogo dentro da sua comunidade. Enfim, que continuariam a amar o que faziam e viam na profissão a possibilidade de ajudar a sua área. Os poucos que responderam que deixariam de ser ACS, elencaram como motivos a falta de respeito da gestão, falta de comprometimento da equipe, da gestão e do próprio Município em atender suas solicitações à partir da demanda gerada em suas visitas domiciliares, e por não verem perspectiva de crescimento profissional.

Nessa perspectiva é importante salientar que qualquer que seja o

motivo de ingresso, é de suma importância que o Agente Comunitário de Saúde conheça o real objetivo de sua profissão, pois seu papel é de fundamental importância dentro da equipe de saúde, uma vez que ele representa ao mesmo tempo a comunidade e a equipe de saúde, sendo esse ser único e híbrido que transita entre dois universos.

## CONCLUSÃO

O estudo alcançou os objetivos propostos e diante dos resultados obtidos é muito importante que sejam revistas algumas questões que angustiam o ACS, como por exemplo, a quantidade de famílias acompanhadas por cada um, pois o número excessivo compromete o trabalho realizado, como também prejudica a população, uma vez que o atendimento torna-se precário e muitas impossível de ser realizado.

Esse estudo também apresenta um grande desafio para os gestores, no que se refere a necessidade de suprir a demanda gerada pelo trabalho do ACS evitando o desânimo quando não veem seus encaminhamentos e solicitações acolhidos e resolvidos. E também, a necessidade de educação continuada, oferecendo cursos de capacitação aos ACS, visando aprimorar o potencial de cada um e, permitindo com isso, mais habilidade no manejo com os indivíduos da comunidade, uma vez que qualificação/capacitação do profissional de saúde é um dos desafios para que se alcance maior qualidade dos serviços de saúde.

Logo, conhecendo o perfil sociodemográfico dos agentes comunitários e suas principais características é possível identificar suas fortalezas e fragilidades, para com isso obter um melhor aproveitamento do seu desempenho dentro da unidade de saúde. Espera-se com este trabalho contribuir para a produção de um conhecimento que possibilite o desenvolvimento de práticas atuais, reflexivas e capazes de trazer ao agente comunitário de saúde benefícios no desenvolvimento de seu trabalho, além de instigar novos questionamentos e estudos futuros.

Vale ressaltar que será de grande valia para todos os cursos da área de saúde, conhecer o perfil do ACS e os motivos que o levaram a escolher essa profissão, pois isso irá permitir que se relacionem melhor com esse profissional e possam trazer contribuições eficazes para o trabalho do ACS.

## REFERÊNCIAS

BRAND, Cátia Inácia; ANTUNES, Raquel Martins. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Cogitare Enfermagem**. UFPR, Paraná. Jan/Mar 2010; 15(1): 40-7.

CARVALHO GI, SANTOS L. **Sistema Único de Saúde**: comentários à lei orgânica da saúde (leis nº 8080/90 e 8142/90). Campinas: Editora da Unicamp; 2002.

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise R. G. de Castro. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Revista Ciência Saúde Coletiva** [online]. 2005, vol.10, n.2, pp.

347-355. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em: 28 de abril de 2010.

FORTES, M. R. S. **Enfermagem na promoção dos cuidados primários na saúde pública**. São Paulo: Everest, 2002.

LANZONI, Gabriela M. de Melo; MEIRELLES, Betina H. Schlindwein. Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do agente comunitário de saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v.11, n.2, p.140-151, abr. /jun.2010. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em: 28 de abril de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

\_\_\_\_\_. **Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família no Brasil**. Brasília (DF): 2002.

MOTA, Roberta R. Alencar; DAVID, Helena M. S. Leal. A crescente escolarização do Agente Comunitário de Saúde: uma Indução do Processo de trabalho? **Revista Trabalho e Educação em Saúde**. Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.229-248, jul./out.2010. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em: 05 de janeiro de 2011.

SANTANA, Júlio César Batista et al. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia saúde da Família. **Revista Cogitare Enfermagem**. UFPR, Paraná, 2009, Out/Dez; 14(4): 645-52. ISSN Eletrônico: 2176-9133

SILVA JA. **O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente da comunidade?** [tese]. São Paulo (SP); Faculdade de Saúde Pública/USP; 2001.

SILVA, H.; SANTOS, M.R. Perfil social dos agentes comunitários de saúde vinculados ao programa saúde da família da zona norte do município de Juiz de Fora. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.6, n.2, p.70-76, jul./dez. 2003.

## SABERES POPULARES SOBRE A AUTOMEDICAÇÃO: A UTILIZAÇÃO INDISCRIMINADA DE FITOTERÁPICOS

**Lúcia Aline Moura Reis**

Universidade do Estado do Pará  
Belém - Pará

**Anna Carla Delcy da Silva Araújo**

Universidade do Estado do Pará  
Belém - Pará

**Maira Cibelle da Silva Peixoto**

Universidade do Estado do Pará  
Belém - Pará

**Kariny Veiga dos Santos**

Universidade do Estado do Pará  
Belém - Pará

**Hellen Ribeiro da Silva**

Universidade do Estado do Pará  
Belém - Pará

**RESUMO:** Uma sociedade está embasada na cultura dos povos, ou seja, é a raiz das sociedades contemporâneas, fator decisivo no comportamento da população, onde estão inseridos valores, costumes e crenças, os quais são repassados para entre gerações. Dessa forma, os saberes populares também se relacionam a automedicação, que consiste na utilização de medicamentos sem a prescrição médica. Logo, objetivou-se explanar acerca da influência dos saberes populares no contexto cultural da prática da automedicação com fitoterápicos e estabelecer condutas que

resultem no controle da automedicação como prática popular. Deste modo, foi realizada uma revisão da literatura nas bases de dados BVS enfermagem e BVS *salud*, obtendo-se 10 publicações incluindo matérias jornalísticas e documentos do Ministério da Saúde. À vista disso, a os artigos demonstraram que o processo de cura em determinadas culturas envolve não apenas cuidados médicos, mas também, a busca por tratamentos religiosos e fitoterápicos e as justificativas mais frequentes para tal prática é a falta de atendimento ou a demora para conseguir uma consulta, além de demonstrar-se que entre 2000 e 2008 a taxa de intoxicação pelo uso incorreto de medicamentos era de 15% para 31%, sendo que um terço consistia em crianças menores de cinco anos. Portanto, conclui-se que a automedicação se faz presente em diversos segmentos da sociedade, mas, apesar da influência da cultura popular faz-se necessária a paralelização com o conhecimento científico, para que os riscos sejam reduzidos e a saúde restabelecida, além de buscar respeitar e manter viva a herança cultural, visto sua importância histórica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saberes populares; Automedicação; Fitoterapia; Riscos à Saúde.

**KEYWORDS:** Popular knowledge; Self-medication; Phytotherapy; Risks to Health.

## 1 | INTRODUÇÃO

A construção de uma sociedade está embasada na cultura dos povos, ou seja, é a raiz das sociedades contemporâneas sendo, portanto, um fator decisivo no comportamento da população. No contexto cultural estão inseridos os valores, costumes e crenças de uma comunidade, os quais são repassados para as novas gerações, a fim de dar continuidade ao conhecimento popular dos mais antigos membros do grupo social (MEDEIROS et al., 2007).

Dessa forma, ainda no cenário cultural, os saberes populares também estão relacionados com a automedicação, a qual consiste na utilização de medicamentos sem a orientação ou prescrição médica. Essa relação manifesta-se quando um indivíduo, ao adoecer, rotineiramente recebe indicações sobre remédios caseiros ou fármacos que —segundo amigos, familiares ou conhecidos— são eficazes e que, portanto, também seriam os mais indicados para o restabelecimento da saúde do indivíduo (CASTRO et al., 2006; GOULART et al., 2012).

Além disso, a automedicação pode ser justificada por fatores como: a resistência em comparecer ao atendimento de saúde; falta de esclarecimento sobre a doença e de estabelecimento de confiança entre o indivíduo e o profissional de saúde; acesso a várias informações questionáveis, induzindo a falsa ideia de que a orientação de saúde é desnecessária. Porém, apesar de tantos fatores relacionados à automedicação, sem dúvida, o maior é a cultura popular.

Ademais, os saberes populares vinculados à automedicação perpassam pelo uso medicinal de plantas para a cura de doenças, objeto de estudo da fitoterapia, estando presente em diversos momentos históricos da humanidade. Além disso, a automedicação, por seu caráter cultural, abarca as variadas faixas etárias e classes sociais, fato este que preocupa ao fazer-se relação com os riscos de interações medicamentosas e mascaramento de sintomas.

Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo explanar acerca da influência dos saberes populares no contexto cultural da prática da automedicação com fitoterápicos e estabelecer condutas que resultem no controle da automedicação como prática popular.

## 2 | REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Saberes Populares

Segundo Gonçalves (2009, p. 1) “[...] o saber popular é qualificado como *subjetivo, assistemático, valorativo e inexato*”, ou seja, o conhecimento popular, diferente do conhecimento científico, não tem a obrigatoriedade com a exatidão e com a comprovação. Esses saberes são transmitidos entre gerações estando sujeito a alterações devido a contribuição subjetiva de quem está transmitindo-o.

Ainda em analogia com o conhecimento científico, vale ressaltar que não existe um saber totalmente correto ou errôneo pois, até mesmo a ciência se baseia na refutabilidade dos conceitos. Da mesma forma, o conhecimento popular representa uma riqueza cultural de extrema importância social, econômica e histórica, justamente, por representar a identidade social de um povo. Além disso, o saber popular proporciona aos pesquisadores bases para fundamentação crítica e descobertas, as quais só ocorrem graças ao questionamento prévio da realidade, oriundo do conhecimento empírico (OLIVEIRA, 2009).

## 2.2 Fitoterapia

A origem do termo “fitoterapia” encontra-se no grego “*phito*”, que significa “plantas”, e “*Therapia*”, que corresponde a “tratamento”, ou seja, a denominação refere-se ao tratamento de doenças pelo uso de plantas medicinais, atuando, então, na cura ou melhora da qualidade de vida do doente (BUENO, MARTINEZ, BUENO, 2016).

Segundo a ANVISA (2004, p. 1), fitoterápico é: “todo medicamento obtido empregando-se exclusivamente matérias-primas vegetais com finalidade profilática, curativa ou para fins de diagnóstico, com benefício para o usuário”.

Neste sentido, os fitoterápicos são medicamentos sobre os quais têm-se conhecimento da eficácia e de efeitos adversos, devidamente rotulados, bem como o controle da qualidade havendo, dessa forma, uma comprovação do efeito terapêutico em determinado tratamento. No entanto, se faz necessário obter-se conhecimento a respeito de possíveis interações entre os fitoterápicos e os fármacos industrializados, a fim de se evitar falhas terapêuticas ou efeitos adversos não esperados (SCHEINBERG, 2002).

Nesse sentido, alguns exemplos de interações entre medicamentos fitoterápicos e os convencionais podem ser citados, como o ginkgo biloba (usado para melhora da concentração e memória) que em excesso, ou usado com anticoagulantes, pode ocasionar hemorragia e convulsões; o hipérico (indicado no tratamento da depressão) pode causar sangramento se utilizado concomitantemente com anticoncepcionais, drogas utilizadas no tratamento da Aids e alguns antidepressivos; o kava kava (eficaz contra a ansiedade), quando utilizado em excesso, pode lesionar o fígado; evidenciando, então, a importância da informação acerca do assunto (SCHEINBERG, 2002).

Nesse âmbito, o Sistema Único de Saúde (SUS) desenvolveu a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS), cujo objetivo é fornecer subsídios a essa forma de tratamento, desde a regulamentação até a fase final, de consumo, além da função de orientar pesquisas no ramo de plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL, 2014).

### 3 | METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão da literatura. Gil (2008) afirma que este método consiste na reunião de dados e resultados de diversos estudos a respeito de determinada temática, a fim de divulgar tais dados e identificar lacunas existentes nas áreas de estudo, neste caso, buscou-se avaliar e analisar de forma crítica os conhecimentos sobre a automedicação com enfoque na utilização de fitoterápicos.

Dessa forma, foi realizada uma busca sobre a automedicação, saberes populares e fitoterápicos sendo consultadas as bases de dados BVS enfermagem e BVS *salud* utilizando-se os descritores “automedicação” e “fitoterápicos”.

Utilizou-se como critérios de inclusão trabalhos que abordassem temas em conformidade com os objetivos propostos, disponíveis em texto completo, em base de dados brasileiras, redigidas no idioma português e como critérios de exclusão aqueles que divergiam do tema sendo encontrados um total de 10 publicações científicas incluindo matérias jornalísticas e documentos oficiais do Ministério da Saúde.

### 4 | RESULTADOS

Os dados obtidos nos artigos selecionados foram organizados e apresentados de acordo com a tabela a seguir:

A Tabela 1 exibe os objetivos dos trabalhos selecionados, bem como seus respectivos títulos, autores e ano de publicação, sendo os mesmos identificados e organizado conforme o sistema alfanumérico.

Ident.	Autor/ano	Título	Objetivos
P1	CINTRA, J. <i>et al.</i> 2014	Automedicação com produtos naturais entre os acadêmicos da facer faculdades, unidades Ceres-GO e Rubiataba-GO	Avaliar a automedicação com produtos naturais entre os acadêmicos da facer faculdades, unidades Ceres-GO e Rubiataba-GO.
P2	MEDEIROS, L. C. M. <i>et al.</i> 2007	As práticas populares de cura utilizadas por rezadores no povoado Brejinho, Município de Luiz Correia - PI	Analisar as práticas populares por rezadores procurando a associação da prática com a assistência à saúde da população.
P3	GOULART, <i>et al.</i> , 2012	Automedicação em menores de cinco anos em municípios do Pará e Piauí: prevalência e fatores associados	Medir a prevalência e identificar fatores associados à automedicação em crianças menores de cinco anos nos municípios de Caracol no Estado do Piauí, e Garrafão do Norte no Pará.

P4	PAVIM, CARVALHO, BRUM, 2013	Educação popular no uso racional de medicamentos: uma iniciativa na atividade do agente comunitário de saúde	Demonstrar um relato de experiência realizado entre os ACS e a população abrangente da cidade de Guarani das Missões – RS, quanto à prática da automedicação, armazenamento e descarte de medicamentos.
P5	SILVA, I. M. <i>et al.</i>	Automedicação na adolescência: um desafio para a educação em saúde.	Analisar o conhecimento dos estudantes de escolas públicas e privadas do município de Fortaleza (CE) sobre o uso de medicamentos e suas implicações para a saúde.
P6	NICOLETTI, M. A. <i>et al.</i> 2007	Principais Interações no Uso de Medicamentos Fitoterápicos	Descrever as principais interações no uso de medicamentos fitoterápicos.
P7	BAGGIO, FARMAGGIO, 2009	Automedicação: desvelando o descuido de si dos profissionais de enfermagem.	Compreender o significado do (des) cuidado de si dos profissionais de enfermagem, a partir da prática da automedicação.
P8	CASTRO, 2006	Automedicação: entendemos o risco?	Avaliação do perfil de automedicação de estudantes iniciantes/calouros do curso de habilitação farmacêutica de uma Universidade Federal de Brasília.
P9	BRITO <i>et al</i> , 2014	Fitoterapia: uma alternativa terapêutica para o cuidado em Enfermagem - relato de experiência.	Conhecer melhor os Fitoterápicos e saber como utilizá-los na assistência em Enfermagem.
P10	BRASIL, 2015	RENISUS: lista de plantas medicinais do SUS.	Objetivo de subsidiar o desenvolvimento de toda cadeia produtiva relacionadas à regulamentação, cultivo, manejo, produção, comercialização e dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos.

Tabela 1 - Apresentação dos objetivos

Fonte: produzido pelas autoras

## 5 | DISCUSSÃO

### 5.1 Prevalência da automedicação

O processo de cura em determinadas culturas envolve não apenas cuidados médicos, mas também, a busca por tratamentos religiosos e fitoterápicos, principalmente, em determinadas regiões do país (MEDEIROS *et al*, 2007).

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), este método de cura ajuda nos atendimentos públicos, visto que, segundo Castro *et al* (2006), evitam um colapso

do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento de casos temporários e não emergentes.

Estudos realizados focando a prevalência da automedicação em diversas regiões do Brasil, demonstraram que a justificativa mais frequente para a realização desta prática é a falta de atendimento ou a demora para conseguir uma consulta com um profissional, o que incita o uso de medicamentos baseados em receitas prévias, ou a utilização de remédios remanescentes (GOULART, *et al*, 2012).

Segundo achados de Goulart *et al* (2012) nos municípios de Caracol (PI) e Garrafão do Norte (PA), as grandes causas da automedicação ocorreram devido a distância entre a moradia da pessoa e o serviço de saúde; a demora por consultas médicas, sendo observado espera mínima de 15 dias, além da falta de medicamentos em regiões mais distantes das capitais.

Nessas localidades, as principais causas de procura por atendimento médico apresentam-se em decorrência de parasitoses intestinais, infecções respiratórias e infecções de pele, principalmente, em crianças. Dessa forma, com a dificuldade de atendimento, muitas mães passam a procurar o auxílio de rezadeiras que, estão em grande número em algumas cidades interioranas. Além disso, de acordo com estudo realizado por Medeiros *et al* (2007), grande parte da população, ao chegar na unidade de saúde, afirma ter procurado, anteriormente, ajuda de um rezador e que faz uso de medicações indicadas por eles.

Segundo Goulart *et al* (2012) no município de Caracol (PI) 30% das crianças com menos de cinco anos faziam uso da automedicação e no município de Garrafão do Norte (PA) esse contingente foi de 25% sendo, então, considerados altos índices por se tratarem de municípios pequenos. Assim como a prática da automedicação ocorre entre crianças por intermédio dos pais, o mesmo ocorre com adolescentes e as causas não diferem das demais.

Segundo estudo realizado por Silva *et al* (2011) os adolescentes relataram fatores como experiência prévia com o medicamento, a influência dos meios de comunicação e amigos, ou falta de tempo de ir ao serviço de saúde como causas para a automedicação e, além disso, alguns participantes também deram enfoque a dificuldade de atendimento pelo SUS. Portanto, observa-se que a prática da automedicação não se restringe apenas a uma faixa etária.

## 5.2 A fitoterapia e a automedicação

A utilização de plantas e ervas caracteriza a primeira forma de automedicação que ocorreu na humanidade. Contudo, o uso dessas plantas medicinais pode acarretar diversos malefícios à saúde quando feito de forma indiscriminada, ao passo que certos compostos encontrados nas ervas podem interagir com medicamentos sintéticos ou, até mesmo, com outras ervas que estejam sendo utilizadas concomitantemente (CINTRA *et al*, 2014).

Um dos fatores que explica essa utilização indiscriminada de ervas e plantas

medicinais é o pensamento antigo da população que os remédios extraídos da natureza não causam nenhum dano à saúde. Ao tomar como exemplo um paciente com diabetes em uso de medicações sintéticas, a ingestão de chás que diminuem o valor glicêmico, podem ocasionar falhas em uma nova conduta médica e graves consequências à saúde desse indivíduo. O mesmo pode ocorrer com a utilização de determinadas ervas por gestantes, como a *Foeniculum vulgare* (Funcho/Erva doce) e a *Maytenus aquifolium* (Espinheira santa) causarem alterações durante o período gestacional e pós-gestacional, provocando abortos e redução da produção de leite (CINTRA *et al*, 2014).

Dentre os fitoterápicos mais utilizados, segundo estudos realizados no Brasil, a Arnica (*Lychnophora ericoides*) encontra-se em primeiro lugar, sendo rotineiramente utilizada no tratamento de contusões e hematomas, em segundo lugar o Pó de Guaraná, recomendado como anestésico e estimulante do Sistema Nervoso Central (SNC), e ocupando a terceira colocação está a Maracugina e similares, indicada para o tratamento do nervosismo, estresse, ansiedade dentre outros (CINTRA *et al*, 2014).

Com relação às plantas medicinais, aquelas que são mais utilizadas sem recomendação médica são: a Hortelã (*Mentha piperita*), utilizada para estimular a expectoração e alívio de cólicas intestinais; a Erva Cidreira (*Melissa officinalis* L.), encontrada em segundo lugar, grandemente utilizada como antiespasmódico e no tratamento de distúrbios do sono; em terceiro lugar o Boldo (*Peumusboldus molina*), utilizado em espasmos intestinais e como coadjuvante no tratamento da obstipação intestinal; e na quarta colocação a Erva Doce (*Pimpinella anisum* L.), também utilizada como expectorante como antiespasmódico (CINTRA *et al*, 2014).

Assim, é constatável que os fitoterápicos e as plantas medicinais possuem efeitos semelhantes aos medicamentos sintéticos, gerando desequilíbrio homeostático no organismo quando ingeridos de forma simultânea ocasionando potencialização ou alteração de efeito por interação medicamentosa.

### 5.3 Interações medicamentosas e mascaramento de sintomas

A prática da automedicação é considerada um problema social, visto que muitos medicamentos utilizados possuem baixos preços, são amplamente comercializados sem a necessidade de receita médica, além de serem destinados para tratar eventuais problemas de saúde, como cefaleia e problemas intestinais (NICOLETTI, 2007).

De acordo com o SINITOX (Sistema Nacional de Informação Tóxico-Farmacológico), entre os anos de 2000 e 2008 a taxa de intoxicação pelo uso incorreto de medicamentos era de 15% para 31%, sendo que um terço dessa taxa consistia em crianças menores de cinco anos apresentando, assim, uma taxa de letalidade de 7% (GOULART *et al*, 2012).

Todavia, além da intoxicação, a automedicação pode gerar também dependência medicamentosa, mesmo em crianças, bem como, mascaramento de sintomas,

comprometendo o diagnóstico e o tratamento prévio de doenças mais graves, ou mesmo a indução da resistência bacteriana, reações alérgicas e até o óbito (BAGGIO; FORMAGGIO, 2009).

Para Nicoletti (2007), os agentes farmacológicos de medicamentos e plantas medicinais são considerados pelo organismo humano substâncias estranhas e dependendo da dosagem tornam-se tóxicos. Outra grave consequência do uso inapropriado de medicamentos consiste na interação medicamentosa que pode gerar tanto a inativação, diminuição da ação do fármaco, prolongamento ou potencializar a sua ação (BAGGIO; FORMAGGIO, 2009).

No entanto, o uso indiscriminado de medicamentos não ocorre apenas com os sintéticos. A utilização indevida de fitoterápicos de forma indiscriminada também pode gerar interações medicamentosas. Nesse âmbito, é possível citar as principais reações medicamentosas que ocorrem entre plantas medicinais e outros medicamentos. A utilização da Alcachofra, uma erva diurética que pode se tornar prejudicial quando associada com outros diuréticos, visto que o volume sanguíneo irá diminuir, causando quedas da pressão arterial por hipovolemia, diminuição de potássio na corrente sanguínea, causando hipocalcemia (NICOLETTI *et al*, 2007).

Assim, as interações medicamentosas e o mascaramento de sintomas são consequências graves da utilização de medicamentos de forma indevida, visto que podem alterar os efeitos de fármacos, além de mascararem sintomas e até mesmo retardarem diagnósticos ou alterá-los, podendo levar o indivíduo a óbito.

## 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A automedicação se faz presente em diversos segmentos, sejam estes relacionados à faixa etária, ao nível de escolaridade, dentre outros, mas, apesar da influência da cultura popular, faz-se necessária a paralelização com o conhecimento científico, para que os riscos, como os de interação medicamentosa e mascaramento de sintomas, sejam reduzidos ao máximo e a saúde, por fim, seja restabelecida.

Um aspecto fundamental consiste em respeitar e manter viva a herança cultural, visto sua importância histórica na identidade social. No entanto, aspectos culturais como o uso de fitoterápicos merecem atenção, ao passo que estão sujeitos a riscos para a saúde da população.

Nesse sentido, através de estudos, a ciência tem subsídios para comprovar a eficácia de alguns tratamentos e alertar sobre os perigos do uso de outros, compartilhando esse conhecimento com a população. Na prática, o profissional de saúde, deve sensibilizar a população por meio da promoção de ações de educação em saúde, aconselhamento individual e coletivo, orientando a comunidade sobre o uso de fitoterápicos bem como a avaliação de hábitos e saberes populares que podem ser aliados ao conhecimento científico.

## REFERÊNCIAS

- BAGGIO, M. A.; FORMAGGIO, F. M. **Automedicação: desvelando o descuido de se dos profissionais de enfermagem**. Rev. Enferm, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 224-228, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a15.pdf>> Acesso em: 10 mar. 2015.
- BRASIL. **RENISUS: lista de plantas medicinais do SUS**. In: Plantas medicinais e fitoterapia. 23 mar. 2015. Disponível em: <<http://www.plantasmedicinasefitoterapia.com/plantas-medicinais-do-SUS.html>> Acesso: 16 mai. 2015.
- BRITO, Andréa Gomes da Rocha *et al.* Fitoterapia: uma alternativa terapêutica para o cuidado em Enfermagem - relato de experiência. **Biota Amazônia**, Macapá, v. 4, n. 4, p.15-20, out. 2014. Disponível em: <[http://novo.more.ufsc.br/artigo\\_revista/inserir\\_artigo\\_revista](http://novo.more.ufsc.br/artigo_revista/inserir_artigo_revista)>. Acesso em: 15 mar. 2015.
- BUENO, Maria José Adami; MARTÍNEZ, Beatriz Bertolaccini; BUENO, José Carlos. **MANUAL DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS: UTILIZADOS NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS**. Pouso Alegre: Univás, 2016. 136 p. Disponível em: <<http://www.univas.edu.br/mpcas/egresso/publicacao/2016102022681842740937.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2016.
- CASTRO, H. C. **Automedicação: entendemos o risco?** Infarma, v. 18, n. 9/10, p. 17-20, 2006. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/12/inf17a20.pdf>> Acesso em: 10 mar. 2015.
- CINTRA, J. *et al.* **Automedicação com produtos naturais entre os acadêmicos da faculdade de Ceres, unidades Ceres-GO e Rubiataba-GO**. REFACER - Revista Eletrônica da Faculdade de Ceres, v. 1, p. 1-10, 2014. Disponível em: <<http://ceres.facer.edu.br/revista/index.php/refacer/article/view/59>>. Acesso em: 19 mai. 2015.
- GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28056/000768668.pdf?...1>> Acesso em: 20 mar. 2015.
- GONÇALVES, J. A. T. **Conhecimento científico e conhecimento popular**. In: Metodologia da Pesquisa. 20 abr. 2009. Disponível em: em: <<http://metodologiadapesquisa.blogspot.com.br/2009/04/conhecimento-cientifico-e-conhecimento.html>> Acesso: 16 mai. 2015.
- GOULART, I. C. *et al.* **Automedicação em menores de cinco anos em municípios do Pará e Piauí: prevalência e fatores associados**. Ver. Bras. Saúde Matern. Infant, Recife, v. 12, n. 2, p. 165-171, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1519-38292012000200007&pid=S1519-38292012000200007&pdf\\_path=rbsmi/v12n2/07.pdf](http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1519-38292012000200007&pid=S1519-38292012000200007&pdf_path=rbsmi/v12n2/07.pdf)> Acesso em: 13 mar. 2015.
- MEDEIROS, L. C. M. *et al.* **As práticas populares de cura utilizadas por rezadores no povoado brejinho, município de Luiz Correra – PI**. Esc. Anna Nery R Enferm, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1 p. 112-117, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1414-81452007000100016&pid=S1414-81452007000100016&pdf\\_path=ean/v11n1/v11n1a16.pdf](http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1414-81452007000100016&pid=S1414-81452007000100016&pdf_path=ean/v11n1/v11n1a16.pdf)> Acesso em: 15 mar. 2015.
- NICOLETTI, M. A. *et al.* **Principais Interações no Uso de Medicamentos Fitoterápicos**. Infarma, v. 19, n. 1/2, p. 32-40, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0102-695X2008000100021&pid=S0102-695X2008000100021&pdf\\_path=rbarf/v18n1/a21v18n1.pdf](http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0102-695X2008000100021&pid=S0102-695X2008000100021&pdf_path=rbarf/v18n1/a21v18n1.pdf)> Acesso em: 15 mar. 2015.
- OLIVEIRA, D. G. S. **A ciência, o senso comum e as suas contribuições ao conhecimento**. Rev. Academia de Sumaré, v. 2, p. 1-7, 2009. Disponível em: <[http://sumare.edu.br/Arquivos/1/raes/02/raes02\\_artigo01.pdf](http://sumare.edu.br/Arquivos/1/raes/02/raes02_artigo01.pdf)> Acesso: 25 mai. 2015.
- PAVIM, T. C; CARVALHO, J. V. G; BRUM, Z. P. **Educação popular no uso racional de**

**medicamentos: uma iniciativa na atividade do agente comunitário de saúde.** JORNADA DE PESQUISA, 18, 2013, Campi Ijuí. Anais do XVIII Jornada de Pesquisa. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/2335/0>> Acesso em: 25 mai. 2015.

SCHEINBERG, G. **Fitoterápicos também têm efeitos colaterais.** Folha de São Paulo. 17 jan. 2002. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u769.shtml>> Acesso: 16 mai. 2015.

SILVA, I. M. *et al.* **Automedicação na adolescência: um desafio para a educação em saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1651-1660, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1413-81232011000700101&pid=S1413-81232011000700101&pdf\\_path=csc/v16s1/101v16s1.pdf](http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1413-81232011000700101&pid=S1413-81232011000700101&pdf_path=csc/v16s1/101v16s1.pdf)> Acesso em: 15 mar. 2015.

SILVEIRA, J. **Estudo mostra por que doente não busca médico.** Folha de São Paulo. 15 mai. 2010. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u735597.shtml?skin=folhaonline&user=26674&done=http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u735597.shtml>> Acesso: 16 mai. 2015.

## EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA GESTANTES, MÃES E CRIANÇAS À LUZ DA VISÃO DOS EXTENSIONISTAS

### **Eloisa Lorenzo de Azevedo Ghersel**

Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Odontologia Clínica e Social – João Pessoa - PB

### **Amanda Azevedo Ghersel**

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba - João Pessoa - PB

### **Noeme Coutinho Fernandes**

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba - João Pessoa – PB

### **Lorena Azevedo Ghersel**

Universidade Federal da Paraíba, acadêmica do curso de Psicologia, João Pessoa - PB

### **Herbert Ghersel**

Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Odontologia Clínica e Social – João Pessoa - PB

**RESUMO:** Educação e Promoção de Saúde são temas diretamente associados a uma busca esperançosa de transformação social. Mulheres são as grandes disseminadoras de conhecimento no âmbito familiar e crianças costumam ser menos refratárias a novos conhecimentos que adultos. Este trabalho busca lançar uma luz sobre a educação em saúde para uma população vulnerável de gestantes, mães e crianças, através da visão de um grupo de participantes de um projeto de extensão multidisciplinar desenvolvido nos

ambulatórios do Hospital Universitário Lauro Wanderley (Universidade Federal da Paraíba, 2016). O objetivo é trocar experiências para propiciar a formação integral acadêmica além de contribuir com o desenvolvimento social da população através da promoção de saúde. As ações do projeto consistem em rodas de conversas através de diálogos de forma horizontalizada, dinâmicas e atividades lúdicas abordando temas que contemplam as necessidades e a prevalência das principais doenças nesta população. As impressões dos extensionistas são de que a participação neste projeto foi extremamente válida pois a vivência direta com a população contribuiu com a troca de saberes tão importante para a formação humanística de profissionais de saúde. O público alvo se mostrou participativo, receptivo e disposto a aplicar os novos conhecimentos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em Saúde; Extensão Universitária; Promoção de Saúde.

**ABSTRACT:** Education and health promotion are issues directed linked with a hopeful pursuit of social shift. Women are the most effective radiators of knowledge into families, and children are less unamenable to news than adults. This paper aims to enlighten health education to a vulnerable population of pregnant women, mothers and children, through the vision of a group of attendants of a multidisciplinary

extension project running on a clinic of the Lauro Wanderley Hospital (Federal University of Paraíba, Brazil, 2016). The project's purpose is to share experiences to integrate the academic formation and, in addition, contribute to the social development of the population, through the health education. Project's actions are talk sessions, flat level dialogs, ludic activities and group dynamics, approaching themes that gets close to the needs and the prevalence of the main disorders in this population. The vision of the attendants is that the participation in the project was very good, once the direct experience with the people allowed the share of knowledge, so important to the humanistic shaping of the health professional. The target people were participative, receptive and ready to apply the new acquaintance.

**KEYWORDS:** Health education, academic extension, health promotion

## 1 | INTRODUÇÃO

“(...) Educação, civildade e cidadania são conceitos hoje intimamente ligados ao nível de saúde de uma população. Não há como separar a ideia de qualidade de vida – aí incluídas as necessidades básicas como saúde e segurança – de uma visão ampla de conscientização da população sobre procedimentos preventivos e curativos dos diversos males a que esta pode estar sujeita. Noções de higiene, antissepsia e o conhecimento das causas das principais doenças são, por si só, fatores que minimizam seu aparecimento ou, na pior das hipóteses, sua morbidade” (Ghersel *et al.*, 2010)

As mudanças nos parâmetros epidemiológicos e no próprio modelo de prestação de serviços fazem com que a saúde enfrente novos desafios. Muitas doenças infecciosas, incluindo as doenças bucais, chamadas comportamentais, são frutos da falta de acesso à educação e à saúde infligida pela desigualdade social, atingindo com especial severidade aos mais pobres e aos que são vítimas de desvantagens físicas, psíquicas, sociais ou mesmo decorrentes da idade, impactando negativamente sua qualidade de vida (Pinto, 2013). Esta disparidade social faz com que haja um expressivo desnível entre pessoas no que se refere ao alcance a bens essenciais para a sobrevivência, entre as quais se inclui o acesso a serviços básicos de saúde (Bellini e Pinto, 1997). Em 2017, Staudt e Silva destacam a importância de as universidades oferecerem aos acadêmicos práticas pedagógicas destinadas à promoção da igualdade social, da cidadania e dos direitos humanos a partir da desconstrução de representações negativas de minorias sociais.

A crise da economia capitalista de âmbito internacional e do Estado tem gerado demandas crescentes de necessidades a serem resolvidas com recursos cada vez mais escassos e, no setor da saúde, estas questões se fazem muito presentes. Assim, a busca de iniciativas e parcerias com organizações nacionais e internacionais tem gerado caminhos alternativos, tanto políticos quanto metodológicos e organizativo. O Ministério da Educação e Cultura (MEC) através da reforma Universitária em 1970 e da nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação estabeleceu critérios para a formação do perfil do novo profissional de saúde formado pelas Instituições Federais

de Ensino Superior (IFES). As Instituições de Ensino Superior devem capacitar o aluno, não apenas técnico-cientificamente, mas formar o profissional com capacidade de exercer a sua função social de cidadania e ética, inserindo-se no modelo de estruturação da saúde voltado para o SUS, atendendo a demanda da população (Costa, 2007; Martins, Ghersel e Ghersel, 2017).

## 2 | A UNIVERSIDADE E A EXTENSÃO

A Universidade, através de sua tríade fundamental ensino, pesquisa e extensão, além de formar profissionais, deve cumprir seu papel social e integrar-se em seu ambiente, identificar-se com seus problemas e influir na transformação da sociedade (Bordenave e Pereira, 2002).

O projeto de extensão multidisciplinar “Promoção de saúde para gestantes, mães e crianças atendidas no HULW/UFPB” - Hospital Universitário Lauro Wanderley/ Universidade Federal da Paraíba - é integrado por professores e acadêmicos de diversos cursos da área da saúde da UFPB e de outras instituições e se justifica através da constatação da necessidade de orientação de medidas simples e preventivas que possam contribuir com a qualidade de vida das pessoas, além de oferecer ao acadêmico uma prática que complemente sua formação. Tem dois objetivos principais: o primeiro é o didático-pedagógico que visa inserir o estudante em um ambiente fora da sala de aula para que possa interagir em equipe com a comunidade, aplicar os conhecimentos adquiridos na graduação, observar questionamentos e necessidades para geração de pesquisas, portanto colaborar com a formação integral dos estudantes. O segundo foco é contribuir com o desenvolvimento social de uma população carente e vulnerável levando a educação em saúde com vistas à prevenção à criança, ou seja, trabalhar as pessoas em uma fase em que doenças possam ser evitadas.

O ambulatório do HULW/UFPB, entre outras especialidades, atende gestantes que apresentam gravidez de alto risco e risco habitual, puérperas e crianças. A ideia é trabalhar a promoção de saúde com esta população levando informações que possam melhorar as condições de saúde e conseqüentemente a qualidade de vida.

Este trabalho busca lançar uma luz sobre a educação em saúde para um grupo vulnerável de gestantes, mães e crianças, através da visão de extensionistas. O objetivo principal do projeto de extensão é promover a troca de experiências para contribuir com a formação integral acadêmica além de colaborar com o desenvolvimento social da população através da promoção de saúde.

## 3 | METODOLOGIA

O presente estudo é classificado como descritivo, de abordagem qualitativa. O Hospital Universitário Lauro Wanderley, localizado no município de João Pessoa/PB,

é considerado campo de prática de estudantes da área de saúde da Universidade Federal da Paraíba e um dos centros de referência estadual para atendimento de casos de gravidez de alto risco e risco habitual, puérperas e pediatria, cenário em que o projeto de extensão “Promoção de saúde para gestantes, mães e crianças atendidas no HULW/UFPB” se insere. A participação em projetos de extensão e pesquisa na UFPB é aberta a alunos, professores e técnicos-administrativos da própria e de outras instituições.

O projeto está vinculado ao Programa de Bolsas de Extensão - PROBEX que é mantido com recursos próprios da UFPB, é desenvolvido anualmente e tem o propósito de contribuir para a formação acadêmica dos estudantes dos cursos de graduação e das escolas técnicas partir da experiência em ações de extensão universitária. Como o próprio título sugere, o projeto consiste em trabalhar ações de promoção de saúde com gestantes, mães/acompanhantes e crianças nos ambulatórios do referido hospital. Iniciou em 2010 e a experiência adquirida até o presente momento tem contribuído para o seu aprimoramento; tornou-se multidisciplinar e é articulado com o ensino e pesquisa. Tem gerado diversas pesquisas, artigos científicos, apresentações em eventos, trabalhos de conclusão de curso, entre outros.

Em 2016, o grupo de extensionistas foi composto por 7 professores do curso de Odontologia, duas técnicas administrativas e o total de 50 acadêmicos distribuídos entre os cursos de Medicina, Odontologia, Nutrição e Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Os estudantes são divididos equipes, de acordo com sua disponibilidade de horário, devendo cada um cumprir 4 horas semanais com as atividades do projeto. As ações acontecem diariamente e os grupos se revezam nos ambulatórios de pré-natal, puericultura e pediatria. Cada semana, sob a orientação dos professores, um aluno lidera as práticas.

As ações desenvolvidas são programadas por todos os envolvidos. Para o planejamento são feitas reuniões com todos os participantes, incluindo o público alvo. Durante o andamento do projeto, são feitas reuniões quinzenais com os extensionistas e representantes da comunidade para discussão dos resultados, críticas e sugestões. O processo de avaliação é feito por entrevista direta ao público e junto aos extensionistas. Portanto, a comunidade é ouvida em todo o processo, desde o planejamento, desenvolvimento até a avaliação.

A abordagem da população é baseada na metodologia proposta por FREIRE (1987), cuja principal ferramenta é a troca de experiências e educação popular, assim como na proposta de GUERREIRO *et al.* (2014), que sugerem que os encontros, as rodas de conversa e as dinâmicas sejam desenvolvidas de forma horizontalizadas, que as práticas ocorram numa perspectiva dialógica, pautada na troca de saberes e compartilhamento de opiniões.

Como instrumentos didáticos são utilizados álbuns seriados, panfletos educativos, materiais lúdicos para as crianças – confeccionados pelos próprios extensionistas – além de macro modelos e escovas dentais. Segundo Moura, Silva e Biffi (2006), a utilização

de recursos didáticos como fotos, xerox, dinâmicas, desenhos e cartazes, possibilitam a visualização e memorização dos pontos discutidos, deixam a apresentação mais clara e dinâmica e facilitam a captação da informação.

A fim de investigar a visão dos extensionistas acerca de sua participação e o reflexo desta no público alvo, foram realizadas entrevistas com os extensionistas, dando-lhes total liberdade para expressar suas impressões, anseios, dificuldades e descobertas ocorridas durante os trabalhos. As entrevistas foram concedidas livremente, depois da assinatura do TCLE concedendo o direito de uso dos dados obtidos.

#### 4 | RESULTADOS E ANÁLISES

De acordo com a definição do Fórum Nacional de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras (2000):

“(...) a indissociabilidade entre as atividades de extensão, ensino e pesquisa é fundamental no fazer acadêmico. A relação entre o ensino e a extensão supõe transformações no processo pedagógico, pois professores e alunos constituem-se como sujeitos do ato de ensinar e aprender, levando à socialização do saber acadêmico. A relação entre extensão e pesquisa ocorre no momento em que a produção do conhecimento é capaz de contribuir para a melhoria das condições de vida da população. A extensão, como ação que viabiliza a interação entre a universidade e a sociedade, constitui elemento capaz de operacionalizar a relação teoria/prática, promovendo a troca entre os saberes acadêmico e popular”.

Pereira *et al.* (2015), destacam a importância da pesquisa de campo para o fortalecimento das ações extensionistas, reforçando a relevância dos três pilares universitários. Frente a estas questões, o projeto em cena procura se inserir oferecendo ao estudante a possibilidade de consolidar a tríade universitária – ensino, pesquisa e extensão - uma vez que o contato direto com a sociedade promove a troca de saberes - ensino e extensão - e, diante de dúvidas e questionamentos, desperta o interesse pela pesquisa.

As atividades ocorrem enquanto os pacientes aguardam a consulta médica, o que é uma excelente oportunidade de comunicação. O tempo de espera torna-se um aliado para o desenvolvimento de diversas atividades, pois as pessoas estão ociosas, irritadas, inquietas e cansadas na expectativa pelo atendimento. Para Teixeira e Veloso (2006), a implementação de atividades educativas na sala de espera do ambulatório garante um cuidado humanizado, promove a aproximação entre a população e os serviços de saúde, o conhecimento da dinâmica ambulatorial, além de mascarar a demora, levar informações úteis, sanar dúvidas, amenizar as angústias e proporcionar mais segurança e confiança aos pacientes.

GUERREIRO *et al.* (2014) enfatizaram a importância da associação entre as ações educativas e o compartilhamento de práticas e saberes em uma relação horizontalizada, em que o profissional de saúde exerce seu papel de cuidador e educador, agregando seus conhecimentos ao saber-fazer popular. Desta forma, os

extensionistas, foram orientados a buscar uma integração à comunidade de forma que o conhecimento não fosse imposto, mas sim partilhado. Para isso é importante saber ouvir e mesclar o conhecimento científico ao popular respeitando as bases culturais da comunidade.

Como nas equipes há a presença de alunos de diferentes cursos concomitantemente, e os acadêmicos tratam questões relacionadas à sua área de graduação, a troca de saberes se dá entre estudantes-estudantes, estudantes-comunidade e comunidade-estudantes. Assim, com o desenvolvimento do projeto foi possível perceber que muitas pessoas ouviam e participavam ativamente dos temas abordados, sentiam a necessidade de compartilhar suas experiências, expunham suas dúvidas e questionamentos, esforçavam-se para absorver as informações repassadas e propuseram-se a divulgar as informações em seu núcleo social. Consequentemente, para os estudantes, esses momentos foram bastante enriquecedores porque aprendiam a escutar os pacientes, ouvir suas queixas, suas vivências, tendo esta experiência contribuído sobremaneira para o desenvolvimento da empatia, uma qualidade absolutamente imprescindível aos profissionais de saúde. Segundo Miranda (2002), as dinâmicas de grupo geram aprendizados de várias formas aos seus integrantes, tanto na vivência pessoal como na interpessoal. Esta linha de raciocínio pode ser confirmada por Andrade *et al.* (2016), que demonstraram a importância da extensão universitária multidisciplinar junto à comunidade em diversos aspectos, porém todos com o objetivo de contribuir com a conscientização e melhoria na saúde das pessoas envolvidas.

O impacto desta prática vivida na condição de extensionistas foi muito além da aquisição de novos conhecimentos, promoveu mudanças de comportamento tanto acadêmico quanto da comunidade. De acordo com FREIRE (2007), a valorização do conhecimento do estudante desenvolve sua autonomia tornando-o capaz de transformar a si mesmo e a sua realidade. Nessa vivência, pode-se observar que este projeto contribuiu para aumentar a autoconfiança dos estudantes nas apresentações, sendo importante para o aprendizado de liderar e direcionar as ações em equipe junto ao público. Também foi significativo para o desenvolvimento da autocrítica e da resiliência. Ademais diante de perguntas inusitadas, o aluno deveria estar preparado para respostas efetivas e convincentes, que além de compelir a busca constante por novos conhecimentos, estimulava o raciocínio lógico. Além disso, os extensionistas se sentiam eficientes em seus propósitos uma vez que havia devolutiva positiva da população que demonstrava estar aberta a novos aprendizados e expressava palavras de gratidão. Os temas foram escolhidos cuidadosamente de acordo com as principais dúvidas e necessidades de maneira que os assuntos despertassem interesse e, consequentemente, mudança de comportamento. Esta experiência corrobora com Ogushi e Bardagi (2015), quando diz que a Universidade deve promover a formação integral de seus alunos preparando-os para a atuação profissional responsável e consciente, para isso é necessário que as instituições se organizem politicamente

para oferecer apoio e serviços efetivos aos acadêmicos. Afirmam ainda que

“(...) a instituição tem papel fundamental na promoção de um ambiente que possibilite maior confiança ao estudante, estimulando-o ao desenvolvimento e ao gerenciamento satisfatório dos inúmeros desafios com os quais se depara ao ingressar na vida universitária.”

Da mesma forma, na concepção de Paulo Freire (1996), formar homens e mulheres conscientes de seus direitos e deveres para com a sociedade significa torná-los sabedores de sua força e de que são, também, produtores de conhecimentos e de mudanças. Este pensamento é reforçado por Carvalho (2011), quando consolida a experiência da socialização do conhecimento e do fazer coletivo, destacando a importância imanente do ato de ensinar e aprender.

Contudo, apesar das experiências positivas vivenciadas durante o processo, foram levantadas algumas limitações, principalmente no tocante ao espaço físico. As atividades são desenvolvidas em salas comunitárias e em corredores, onde muitas vezes o barulho pode atrapalhar a comunicação. Em alguns momentos os extensionistas tinham que abordar pequenos grupos de pacientes separadamente, para que todos pudessem participar efetivamente da atividade educativa. Tal situação corrobora com o estudo de Sobreira, Vasconcellos e Portela (2012), que também relaciona o ambiente e a interferência à qualidade da informação captada.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivida pelos acadêmicos no projeto extensão em cena foi extremamente relevante porque, além de complementar sua formação integral congregando o ensino, a extensão e a pesquisa e promover a troca de aprendizado, ainda possibilitou o entendimento da dinâmica ambulatorial, a desenvoltura da fala em público, liderança, trabalho em equipe, e sobretudo o desenvolvimento da empatia – competência emocional imprescindível aos profissionais de saúde. Em relação à comunidade, através de observação direta e de pesquisas, foi possível constatar que as pessoas ouviam e participavam ativamente dos temas abordados, sentiam a necessidade de compartilhar suas experiências, expunham suas dúvidas e questionamentos, esforçavam-se para absorver as informações e se propuseram a aplicar os novos conhecimentos em seu núcleo social.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, I. C. G. B. *et al.* Relato de experiência de extensão no cuidado da saúde de familiares, cuidadores e indivíduos com Síndrome de Down. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 13, n. 24, p. 116, 23 dez. 2016.

BELLINI, H.; PINTO, V. G. Delivery of oral health care and implications for future planning. *In*: PINE, C. (Ed.). **Community oral health**. Oxford: Wright, 1997. p. 291–297.

- BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 23. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002.
- CARVALHO, B. S. **A educação de jovens e adultos no município de João Pessoa**. [s.l.] Editora Universitária da UFPB, 2011.
- COSTA, I. Os sete saberes necessários à educação do futuro e o planejamento das ações de saúde: algumas reflexões e confluências. **Rev. ABENO**, v. 7, n. 2, p. 122–129, 2007.
- Fórum nacional de pró-reitores de extensão das universidades públicas brasileiras; Avaliação nacional da extensão universitária - pressupostos, indicadores e aspectos metodológicos**. , 2000. Disponível em: <[https://www.unifal-mg.edu.br/extensao/files/file/colecao\\_extensao\\_univeristaria/colecao\\_extensao\\_universitaria\\_3\\_avaliacao.pdf](https://www.unifal-mg.edu.br/extensao/files/file/colecao_extensao_univeristaria/colecao_extensao_universitaria_3_avaliacao.pdf)>. Acesso em: 30 ago. 2017
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- \_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz, 1996.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. [s.l.] Paz e Terra, 2007.
- GHERSEL, E. *et al.* **Educação em Saúde Bucal para Gestantes Atendidas no HU-UFPB**, 2010. Disponível em: <[http://www.prac.ufpb.br/anais/XIENEX\\_XIIENID/ENEX/PROBEX/Completos/6/6CCSDCOSPE06.doc](http://www.prac.ufpb.br/anais/XIENEX_XIIENID/ENEX/PROBEX/Completos/6/6CCSDCOSPE06.doc)>
- GUERREIRO, E. M. *et al.* Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puerperas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 13–21, 2014.
- MARTINS, M. H. P. A.; GHERSEL, E. L. A.; GHERSEL, H. Identificação dos principais problemas em gestação de risco para nortear ações preventivas. **Ciência & Saúde**, v. 10, n. 1, p. 18, 23 fev. 2017.
- MIRANDA, S. DE. **Oficina de Dinâmica de Grupos**. Campinas: Papyrus Editora, 2002.
- MOURA, A. A. DE; SILVA, D. C.; BIFFI, E. F. DE A. Relato de experiência sobre o projeto lar de veneranda – contribuindo para a formação do enfermeiro. **Revista de Educação Popular**, v. 1, n. 1, p. 1–6, 2006.
- OGUSHI, M. M. P.; BARDAGI, M. P. Reflexões sobre a relação estudante-universidade a partir de uma experiência de atendimento em orientação profissional. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 12, n. 19, p. 33, 13 ago. 2015.
- PEREIRA, L. M. *et al.* RELATO DE EXPERIÊNCIA: A PESQUISA DE CAMPO NO ÂMBITO DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA. **Revista Intercâmbio**, v. 6, n. 0, p. pág. 149-155, 29 dez. 2015.
- PINTO, V. **Saúde Bucal Coletiva**. 6. ed. São Paulo: Editora Santos, 2013.
- SOBREIRA, P. G. P.; VASCONCELLOS, M. T. L.; PORTELA, M. C. Avaliação do processo de aconselhamento pré-teste nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Estado do Rio de Janeiro: a percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3099–3113, 2012.
- STAUDT, J. L.; SILVA, A. L. DOS S. A promoção dos direitos humanos em uma instituição de ensino superior: relato de experiência do Projeto Diversidade. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 14, n. 25, p. 124, 14 jun. 2017.
- TEIXEIRA, E.; VELOSO, R. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 2, p. 320–325, 2006.

## **SOBRE OS ORGANIZADORES**

**NAYARA ARAÚJO CARDOSO** Graduada com titulação de Bacharel em Farmácia com formação generalista pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada – INTA. Especialista em Farmácia Clínica e Cuidados Farmacêuticos pela Escola Superior da Amazônia – ESAMAZ. Mestre em Biotecnologia pela Universidade Federal do Ceará – *Campus* Sobral. Membro do Laboratório de Fisiologia e Neurociência, da Universidade Federal do Ceará – *Campus* Sobral, no qual desenvolve pesquisas na área de neurofarmacologia, com ênfase em modelos animais de depressão, ansiedade e convulsão. Atualmente é Farmacêutica Assistente Técnica na empresa Farmácia São João, Sobral – Ceará e Farmacêutica Supervisora no Hospital Regional Norte, Sobral – Ceará.

**RENAN RHONALTY ROCHA** Graduado com titulação de Bacharel em Farmácia com formação generalista pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada - INTA. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica e Gestão de Farmácia Hospitalar pela Universidade Cândido Mendes. Especialista em Análises Clínicas e Toxicológicas pela Faculdade Farias Brito. Especialista em Farmácia Clínica e Cuidados Farmacêuticos pela Escola Superior da Amazônia - ESAMAZ. Especialista em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde do Sistema Único de Saúde pela Universidade Federal Fluminense. Farmacêutico da Farmácia Satélite da Emergência da Santa Casa de Sobral, possuindo experiência também em Farmácia Satélite do Centro Cirúrgico. Membro integrante da Comissão de Farmacovigilância da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Farmacêutico proprietário da Farmácia Unifarma em Morrinhos. Foi coordenador da assistência farmacêutica de Morrinhos por dois anos. Mestrando em Biotecnologia pela Universidade Federal do Ceará.

**MARIA VITÓRIA LAURINDO** Graduada com titulação de Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário INTA – UNINTA. Foi bolsista no hospital da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS) no setor de Quimioterapia, participei do programa de monitoria na disciplina de Patologia Humana e fui integrante do Projeto de Extensão Humanização Hospitalar. Assim como, desenvolvi ações em educação e saúde como extensionista para pacientes parturientes no hospital Santa Casa de Sobral (SCMS).

Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-7247-215-9

