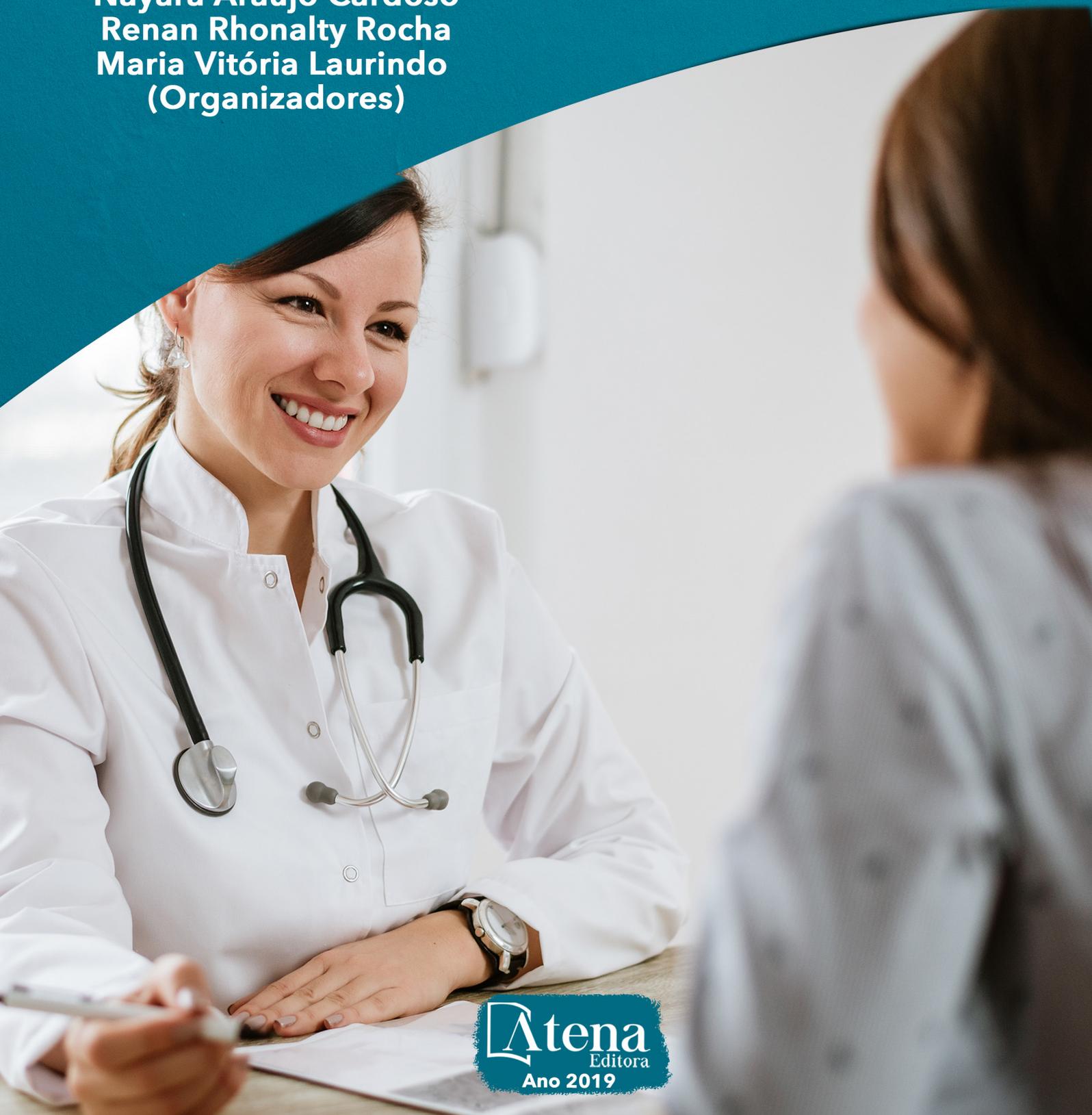


NOVOS PARADIGMAS DE ABORDAGEM NA MEDICINA ATUAL

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



Atena
Editora
Ano 2019

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

Novos Paradigmas de Abordagem na Medicina Atual

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Karine de Lima
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

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

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

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
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
N945	Novos paradigmas de abordagem na medicina atual [recurso eletrônico] / Organizadores Nayara Araújo Cardoso, Renan Rhonalty Rocha, Maria Vitória Laurindo. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Novos Paradigmas de Abordagem na Medicina Atual; v. 1) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-413-9 DOI 10.22533/at.ed.139192006 1. Medicina – Pesquisa – Brasil. 2. Pesquisa médica. I. Cardoso, Nayara Araújo. II. Rocha, Renan Rhonalty. III. Laurindo, Maria Vitória. IV. Série. CDD 610.9
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “Novos Paradigmas de Abordagem na Medicina Atual” é integrada por uma série de livros de publicação da Atena Editora, em seus 21 capítulos do volume 1, a qual apresenta relatos de práticas inovadoras no âmbito da saúde, tendo como foco profissionais das áreas de medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição e psicologia.

No Brasil, desde as duas últimas décadas, é perceptível a transformação no contexto da saúde, tendo em vista a superação do seu perfil anteriormente excludente e os resultados da ampliação tecnológica da medicina no ato de cuidar. Tal inovação engloba a busca, a evidenciação, a experimentação e a adoção de novos produtos, processos e formas organizacionais, a partir de novos e recentes conhecimentos e estratégias, a fim de ofertar o novo e o melhor para os usuários dos serviços de saúde.

Atualmente, o caráter inovador das práticas de saúde oferecidas à sociedade é atribuído, não apenas ao ineditismo, mas também à renovação de algumas práticas que no passado foram “postas à sombra” devido aos valores hegemônicos do capitalismo, como o individualismo e a larga competição pelo sucesso. Assim, estas novas práticas estão voltadas para o cuidado integral do paciente, levando em consideração o bem estar físico, mental e social. Desse modo, este novo tipo de cuidado não deve ser pensado a partir de um bloco monolítico de sentidos relacionados apenas à referida tríade, e sim a partir de uma teia de significados, incluindo a prevenção dos agravos e a promoção da saúde, na medida em que os padrões sociais de relações subjacentes, como empatia, colaboração e cordialidade, também se fazem presentes. Portanto, a soma destes fatores estão diretamente ligados ao sucesso no tratamento e cura de pacientes.

Sendo assim, com o intuito de contribuir, apoiar e trazer novas referências à literatura para os profissionais de saúde, este volume aborda várias pesquisas as quais empregam práticas inovadoras e atualizadas no acompanhamento e cuidado ao paciente. Assim, esta obra é dedicada tanto para os estudantes das áreas supramencionadas, quanto para os profissionais. Logo, os artigos apresentados neste volume abordam: a importância da fisioterapia para pacientes autistas; o acompanhamento e avaliação nutricional de pacientes com câncer; o estímulo à mobilização para doação de sangue, órgãos e tecidos; educação em saúde sobre hanseníase; educação inclusiva para crianças com necessidades especiais; a importância da saúde mental no contexto da integralidade em saúde; noções de primeiros socorros nas escolas; correlação entre estilo de vida e saúde/doença; práticas relacionadas à funcionalidade e cognição para pacientes idosos, entre outros.

Dessa forma, almejamos que este livro possa contribuir e embasar as práticas inovadoras de cuidado ao paciente nos diferentes âmbitos da saúde e estimular o desenvolvimento e aplicabilidade dessas e de outras práticas no contexto de trabalho, a fim de garantir um cuidado digno em saúde.

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

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA EM PACIENTES COM ESPECTRO DO AUTISMO	
Ana Isabel Costa Buson	
Alan Alves de Souza	
Amanda do Carmo Coutinho	
Iasmin Oliveira Sampaio	
Leonora Oliveira Leite	
Linajara Silva Monteiro	
Paulo Fernando Machado Paredes	
Patrícia da Silva Taddeo	
DOI 10.22533/at.ed.1391920061	
CAPÍTULO 2	5
A SUPLEMENTAÇÃO DE PROBIÓTICOS AUMENTA O TEMPO DE REMISSÃO EM PORTADORES DA DOENÇA DE CROHN	
Valéria Silva de Lima	
Alana Carvalho Ferreira	
Camila Moreira da Costa Alencar	
Camila Pinheiro Pereira	
Alane Nogueira Bezerra	
DOI 10.22533/at.ed.1391920062	
CAPÍTULO 3	14
ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL AMBULATORIAL DE PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO EM TRATAMENTO RADIOTERÁPICO	
Karine Montrezor Maia	
Liliane Soares Corrêa de Oliveira	
Célia Lopes da Costa	
DOI 10.22533/at.ed.1391920063	
CAPÍTULO 4	27
AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL EM PACIENTES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO: ESTUDO LONGITUDINAL	
Natália Fernandes dos Santos	
Rayara Tácia Ferreira Santos	
Kezia Cristina dos Santos Cunha	
Andrea Cláudia Menezes Paz Barros	
Isabel Cristina Leal	
Laís Leilane Bastos Silva	
Ana Paula Ferreira dos Santos Laís	
Ana Carolina Pereira de Mello Moura	
Kleres Luciana Gomes Dias da Silva	
Edla Karina Cabral	
Tamires Regina da Silva Cunha	
DOI 10.22533/at.ed.1391920064	
CAPÍTULO 5	36
CIRCUNFERÊNCIA DO PESCOÇO: NOVA MEDIDA ANTROPOMÉTRICA PARA RASTREAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA EM ADOLESCENTES	
Ines Maria Crespo Gutierrez Pardo	
Elias Barbosa Cabral	

Jéssica Rolli Haddad

DOI 10.22533/at.ed.1391920065

CAPÍTULO 6 48

COMUNICAÇÃO SENSÍVEL COMO ESTRATÉGIA DE MOBILIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE: A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE EXTENSÃO COMSAÚDE

Ana Victória Coletto Reichert

Rodrigo Alberton da Silva

Amanda Justi

Cristiane Barelli

DOI 10.22533/at.ed.1391920066

CAPÍTULO 7 59

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE HANSENÍASE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Amanda do Carmo Coutinho

Ana Isabel Costa Buson

Angélica Ferreira do Amaral

Linajara Silva Monteiro

Isabella Malany dos Santos Menezes Rios

Natália Aguiar Moraes Vitoriano

DOI 10.22533/at.ed.1391920067

CAPÍTULO 8 64

EDUCAÇÃO INCLUSIVA DA CRIANÇA COM NECESSIDADES ESPECIAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Amanda Karoliny Meneses Resende

Ravena de Sousa Alencar Ferreira

Marcelane Macêdo dos Santos

Weldania Maria Rodrigues de Sousa

Vitor Kauê de Melo Alves

Gabriel Renan Soares Rodrigues

Sabrina do Espírito Santo Carvalho

Karllenh Ribeiro dos Santos

Maria Erislaine de Carvalho Rodrigues

Jackson Menezes Duarte

Aziz Moises Alves da Costa

DOI 10.22533/at.ed.1391920068

CAPÍTULO 9 74

EFEITOS DO EXERCÍCIO FÍSICO EM PACIENTES APÓS INFARTO DO MIOCÁRDIO: REVISÃO DE LITERATURA

Tainara de Oliveira Ferreira

Vani Alves de Azevedo Albuquerque

Denise Moreira Lima Lobo

DOI 10.22533/at.ed.1391920069

CAPÍTULO 10 78

FAÇA PARTE DESTE TIME, SEJA DOADOR DE SANGUE! – UM ESTÍMULO AO JOVEM DOADOR

Débora Cristina Schuh
Cláudia Schoffel Schavinski
Cristiane da Silva Rodrigues de Araújo
Fernanda Leite Bortholacci
Fernanda Marcante Carlotto
Michele Garcia Muraro
Raísa Severo Cruz
Thaís Dall Acqua Jost
Vitória dos Santos Magalhães

DOI 10.22533/at.ed.13919200610

CAPÍTULO 11 81

FISIOTERAPIA EM AÇÃO EDUCATIVA VOLTADA PARA PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE PULMONAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Isabel Costa Buson
Angélica Ferreira do Amaral
Amanda do Carmo Coutinho
Linajara Silva Monteiro
Návia Carvalho Monteiro
Isabella Malany dos Santos Menezes Rios
Natália Aguiar Moraes Vitoriano

DOI 10.22533/at.ed.13919200611

CAPÍTULO 12 86

O ESTILO DE VIDA ASSOCIADO A HIPERTENSÃO ARTERIAL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Cinthy Beatriz Martins Alves
Francisca Maiara Matos Soares
Italine Maria Lima de Oliveira Belizário
Karolyne Ferreira Santos
Larissa Ferreira dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.13919200612

CAPÍTULO 13 93

PARTICIPAÇÃO DE DISCENTES EM UMA LIGA ACADÊMICA DE GÊNERO E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Lucas Fernandes de Oliveira
Maria Alix Leite Araújo
Marilene Alves Oliveira Guanabara
Gabriela Nogueira de Castilho
Yasmin Melo Aragão
Ana Beatriz Silva do Nascimento Melo

DOI 10.22533/at.ed.13919200613

CAPÍTULO 14 100

PNEUMONIA NOSOCOMIAL E DIRETA RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL (DOENÇA PERIODONTAL) DE PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS CLÍNICAS

Alexandre Franco Miranda
Daiane Cristina Peruzzo

DOI 10.22533/at.ed.13919200614

CAPÍTULO 15 124

PRIMEIROS SOCORROS NA ESCOLA: CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NO AMBIENTE ESCOLAR

Janaína Teixeira Pires
Alana Rocha Puppim
Debora Rupf
Elisama Pimentel Damiani
Francielle Bosi Rodrigues
Gabriela Alves Martins de Souza
Giulia Alves Sorrentino
Jennifer de Souza
Larissa Emanuella da Silva Costa
Leica Heringer Tomaz
Marcos Adriane Machado Filho
Marizete Altoé Puppim
Rafael Sampaio Oliveira
Sheila Cristina Caniçali
Thais Bone Mantovanelli
Wanêssa Lacerda Poton

DOI 10.22533/at.ed.13919200615

CAPÍTULO 16 137

PRIMEIROS SOCORROS NA ESCOLA: CONSTRUÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA PARA PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NO AMBIENTE ESCOLAR

Janaína Teixeira Pires
Alana Rocha Puppim
Debora Rupf
Elisama Pimentel Damiani
Francielle Bosi Rodrigues
Gabriela Alves Martins de Souza
Giulia Alves Sorrentino
Jennifer de Souza
Larissa Emanuella da Silva Costa
Leica Heringer Tomaz
Marcos Adriane Machado Filho
Marizete Altoé Puppim
Rafael Sampaio Oliveira
Sheila Cristina Caniçali
Thais Bone Mantovanelli
Wanêssa Lacerda Poton.

DOI 10.22533/at.ed.13919200616

CAPÍTULO 17 147

QUAIS OS FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL? PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

Rodrigo Alberton da Silva
Kielli Carla Fachin Guerra
Nathalia Sanvido Zandoná
Angélica Stefanello Facco
Seila Maria Oliveira de Abreu
Maristela Piva
Bruno Martins Novello
Cristiane Barelli

DOI 10.22533/at.ed.13919200617

CAPÍTULO 18	151
REALIDADE VIRTUAL: SUA RELAÇÃO COM A FUNCIONALIDADE E COGNIÇÃO DE IDOSOS	
Thayná da Silva Lima	
Amanda Portela do Prado	
Matheus Kiraly Neris Lopes	
Herley Maciel de Holanda	
Paulo Fernando Machado Paredes	
Thaís Teles Veras Nunes	
DOI 10.22533/at.ed.13919200618	
CAPÍTULO 19	158
SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA COM GRUPO DE IDOSOS EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VILA VELHA	
Yara dos Santos Nunes	
Ana Carolina Correia Costa	
Luíza Helena De Castro Victal e Bastos	
Jéssica Luchi Ferreira	
Stephani Vogt Rossi	
Miguel Henrique Moraes de Oliveira	
Guilherme Burini Lopes	
DOI 10.22533/at.ed.13919200619	
CAPÍTULO 20	169
SEGURANÇA DO PACIENTE: VIVÊNCIA DA ENFERMAGEM NAS BOAS PRÁTICAS DE GESTÃO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA	
Laudicea Cardoso da Silva	
Ana Mirian Aguiar Bastos	
Germana Silva de Paiva	
Déborah Cristina Silva Queiroz Alves	
Thais Gomes Falcão	
DOI 10.22533/at.ed.13919200620	
CAPÍTULO 21	172
DIFERENTES TENDÊNCIAS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE	
Dario da Silva Monte Nero	
Brena de Freitas Bomfim	
Edneuza Ribeiro de Almeida	
Juliana dos Reis Carneiro de Oliveira	
Suziane dos Santos Vieira	
DOI 10.22533/at.ed.13919200621	
SOBRE OS ORGANIZADORES	187

A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA EM PACIENTES COM ESPECTRO DO AUTISMO

Ana Isabel Costa Buson

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário UNIFAMETRO, Estagiária do Laboratório de inclusão pela Secretaria do trabalho e desenvolvimento social do estado do Ceará - STDS.
Fortaleza – CE

Alan Alves de Souza

Graduando em Fisioterapia pelo Centro Universitário UNIFAMETRO
Fortaleza - CE

Amanda do Carmo Coutinho

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário UNIFAMETRO
Fortaleza – CE

Iasmin Oliveira Sampaio

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário UNIFAMETRO
Fortaleza – CE

Leonora Oliveira Leite

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário UNIFAMETRO, Estagiária do Laboratório de inclusão pela Secretaria do trabalho e desenvolvimento social do estado do Ceará - STDS.
Fortaleza – CE

Linajara Silva Monteiro

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário UNIFAMETRO
Fortaleza – CE

Paulo Fernando Machado Paredes

Fisioterapeuta, Doutor e Pós-Doutor em

Biociotecnologia em Saúde, Professor do curso de Graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário UNIFAMETRO
Fortaleza – CE

Patrícia da Silva Taddeo

Fisioterapeuta, Mestre em Saúde Pública, Professora do curso de Graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário UNIFAMETRO
Fortaleza - CE

RESUMO: **Introdução:** O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é uma alteração no desenvolvimento que ocasiona comprometimento de contato com a realidade podendo limitar atividades e interesses, além de alterar a linguagem verbal e interação social, causando comportamentos repetitivos e atípicos. A fisioterapia atua trabalhando no desenvolvimento neuropsicomotor do paciente e em sua integração social, podendo gerar estímulos para que exista a aproximação com o meio. **Objetivo:** Compreender a atuação da fisioterapia no auxílio do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças com espectro autista. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática utilizando a bases de dados LILACS e o diretório de revistas SciELO. Com o cruzamento das palavras-chave foram analisados 30 estudos, no entanto apenas

20 abordavam intervenções fisioterapêuticas. Os artigos selecionados foram dos últimos 5 anos, nos idiomas português, espanhol e inglês. **Resultados:** A fisioterapia atua contribuindo de forma lúdica na melhora do desenvolvimento neuropsicomotor, auxiliando e prevenindo possíveis acometimentos futuros. A prevenção é realizada em crianças com o espectro do autismo que venham a apresentar alterações, como por exemplo, a hipotonia que pode resultar em disfunções posturais futuras. É importante que o fisioterapeuta tenha conhecimento das medicações em uso da criança, pois os fármacos administrados podem causar modificações significativas em sua motricidade. **Conclusão:** A fisioterapia atua nas diversas alterações funcionais das crianças com TEA, prevenindo possíveis agravos e adaptando os ambientes onde os mesmos estão inseridos, auxiliando em sua interação social, o que torna a atuação do profissional extremamente relevante.

PALAVRAS-CHAVE: Autismo. Fisioterapia. Funcionalidade.

ABSTRACT: Introduction: Autism Spectrum Disorder (ASD) is a developmental change that causes a commitment to contact with reality, limiting activities and interests, as well as altering verbal language and social interaction, causing repetitive and atypical behaviors. Physiotherapy works by working on the neuropsychomotor development of the patient and their social integration, and can generate stimuli so that there is an approximation with the environment. **Objective:** To understand the performance of physical therapy in the aid of the neuropsychomotor development of children with autistic spectrum. **Methodology:** This is a systematic review using the LILACS databases and the SciELO journals directory. With the crossing of the keywords 30 studies were analyzed, however only 20 approached physiotherapeutic interventions. The articles selected were from the last 5 years, in Portuguese, Spanish and English. **Results:** Physiotherapy works by contributing in a playful way in the improvement of neuropsychomotor development, helping and preventing possible future disorders. Prevention is achieved in children with autism spectrum disorders who may present changes, such as hypotonia, which may result in future postural dysfunctions. It is important that the physiotherapist is aware of the medications in use by the child, since the drugs administered can cause significant modifications in their motor. **Conclusion:** Physiotherapy acts on the various functional alterations of children with ASD, preventing possible injuries and adapting the environments where they are inserted, helping their social interaction, which makes the professional performance extremely relevant.

KEYWORDS: Autism. Physiotherapy. Functionality.

1 | INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é uma alteração no desenvolvimento que ocasiona comprometimento de contato com a realidade podendo limitar atividades e interesses, além de alterar a linguagem verbal e interação social, causando comportamentos repetitivos e atípicos. O TEA manifesta-se ainda na primeira infância

demonstrando algumas de suas características, geralmente nos três primeiros anos de vida, fechando o diagnóstico concreto aos 3 ou 4 anos de idade, dependendo do grau da doença. A criança com o espectro do autismo tem sinais e sintomas que age nos três pilares principais: a interação social, a comunicação e a linguagem. A etiologia ainda não é totalmente esclarecida, porém alguns especialistas acreditam que é um transtorno causado por uma possível falha do desenvolvimento dos neurônios, ainda durante o processo de maturação gestacional. Para que seja possível reverter e prevenir alguns dos traços dessa síndrome é de suma importância que seja diagnosticada e tratada antes dos sete anos de idade. É fundamental e primordial a necessidade de uma equipe multidisciplinar no tratamento de crianças diagnosticadas com o espectro autista, onde podem apresentar alterações funcionais, tais como: eixos desorganizados, quadros de hipotonia e marcha precária ou com movimentos dessincronizados, dificultando assim a sua funcionalidade. A fisioterapia é parte importante no protocolo de atendimento, pois a mesma atua no trabalho no desenvolvimento neuropsicomotor do paciente e em sua integração social, podendo gerar estímulos para que exista a aproximação com o meio.

2 | OBJETIVO

Demonstrar a atuação da fisioterapia no auxílio do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças com espectro autista.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática utilizando a bases de dados LILACS e o diretório de revistas SciELO. Com o cruzamento das palavras-chave foram analisados 30 estudos, no entanto apenas 20 abordavam intervenções fisioterapêuticas. Os artigos selecionados foram dos últimos 5 anos, nos idiomas português, espanhol e inglês. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Autismo, Fisioterapia, Síndrome do espectro autista, Funcionalidade. Dentre os artigos selecionados havia duas revisões de literatura que abordavam a fisioterapia.

4 | RESULTADOS

A fisioterapia atua positivamente por meio de estímulos motores e sensoriais de forma lúdica na melhora do desenvolvimento neuropsicomotor. Através do trabalho de habilidades motoras o fisioterapeuta busca melhorar a capacidade de socialização, relações interpessoais do paciente e conseqüentemente sua inclusão, além de prevenir possíveis acometimentos futuros.. A prevenção é realizada em crianças com o espectro do autismo que venham a apresentar alterações, como por exemplo, a hipotonia que pode resultar em disfunções posturais futuras. Nestes pacientes existe um retardo na aquisição natural dos movimentos, sendo necessária a estimulação para modificação

ou adaptação dos movimentos sincronizados. É importante que o fisioterapeuta tenha conhecimento das medicações em uso da criança, pois os fármacos administrados podem causar modificações significativas em sua motricidade.

5 | CONCLUSÃO

A fisioterapia possui inúmeras técnicas terapêuticas que são capazes de aprimorar a funcionalidade motora, auxiliando a reorganização dos aspectos físicos e psíquicos da criança com TEA, o que estimula o processo de reabilitação, além de também prevenir possíveis agravos e adaptando os ambientes onde os mesmos estão inseridos, contribuindo em sua interação social, o que torna a atuação do profissional extremamente relevante. Os recursos fisioterápicos promovem benefícios positivos à saúde mental, pois aliviam a sensação de agitação mental, melhoram a qualidade do sono, melhoram a disposição, proporcionam maior independência, melhoram as relações interpessoais e conseqüentemente a autoestima. O fisioterapeuta está entre os profissionais inseridos na equipe multiprofissional de saúde, quando o diagnóstico é fechado, contribuindo de forma positiva, com a própria criança, e também com sua família, auxiliando para um melhor prognóstico.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Érika Guerrieri; SILVA, Edilene Aparecida Moreira. Fisioterapia na Saúde Mental: Uma revisão de literatura. **Revista Saúde Física & Mental-ISSN 2317-1790**, v. 3, n. 2, p. 12-30, 2014.

DA SILVA, Soraya Batista; PEDRÃO, Luiz Jorge; MIASSO, Adriana Inocenti. O Impacto da fisioterapia na reabilitação psicossocial de portadores de transtornos mentais. **SMAD-Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 8, n. 1, p. 34-40, 2012.

DE SOUZA, Franciele Cristina Ferreira et al. Relatos de experiências de acadêmicas de fisioterapia em intervenção psicomotora com adolescentes e adultos com necessidades especiais da APAE de uma cidade do litoral do Paraná. **Divers@!**, v. 10, n. 2, p. 98-105, 2018.

LIMA, Isis Tacyana Lang Gonçalves. Enfoque fisioterapêutico na promoção de saúde para pacientes portadores de transtornos mentais: projeto saber viver – um relato de experiência. **Revista Ciência Contemporânea**, v. 1, n. 1, p. 61-71, 2017.

MEDEIROS, Dulce Anny Alves et al. Assessment of social disablement among individuals living in therapeutic residential services in a small municipality of Rio de Janeiro state. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 278-284, 2018.

PAULI, Keli; CAMPOS, Renata. A inserção do Fisioterapeuta na equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Fisioterapia S. Funcional**. Fortaleza,5(1):14-22 2016.

A SUPLEMENTAÇÃO DE PROBIÓTICOS AUMENTA O TEMPO DE REMISSÃO EM PORTADORES DA DOENÇA DE CROHN

Valéria Silva de Lima

Centro Universitário Fametro - UNIFAMETRO
Fortaleza – CE

Alana Carvalho Ferreira

Centro Universitário Fametro - UNIFAMETRO
Fortaleza – CE

Camila Moreira da Costa Alencar

Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO
Fortaleza – CE

Camila Pinheiro Pereira

Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Centro Universitário Fametro - UNIFAMETRO
Centro Universitário UniFanor WYDEN
Fortaleza – CE

Alane Nogueira Bezerra

Universidade Federal do Ceará (UFC)
Centro Universitário Fametro - UNIFAMETRO
Centro Universitário Christus - UNICHRISTUS
Fortaleza – CE

RESUMO: A Doença de Crohn (DC) é uma Doença Inflamatória Intestinal (DII) que pode atingir todo o trato gastrointestinal, causando manifestações, como diarreia com sangue, muco, ou ambos, dor abdominal e perda de peso. O presente estudo se propôs a revisar sobre os efeitos da suplementação de probióticos no aumento e ou manutenção do tempo de remissão da doença, em pacientes

acometidos pela DC. Trata-se de uma revisão sistemática de literatura a partir das bases de dados PubMed, Lilacs e Medline, sendo utilizados os seguintes descritores “probiotics” e “crohn’s diseases” entre 2004 e 2019, sendo incluídos estudos que avaliaram o efeito da suplementação de probióticos no aumento do tempo de remissão da doença. As cepas mais usadas nos estudos foram *Lactobacillus rhamnosus GG* e *Lactobacillus Johnsonii*, o tempo de intervenção dos mesmos apresentou uma variação entre 12 e 104 semanas, com uma amostra de 11 a 165 pacientes. Observou-se uma redução em citocinas inflamatórias nos pacientes que faziam uso dos probióticos, entretanto isso não foi o bastante para evitar a recidiva da doença. Inferi-se que a suplementação de probióticos em pacientes acometidos pela DC não apresenta efeitos plausíveis sobre a indução e ou manutenção de remissão da mesma.

PALAVRAS-CHAVE: Probióticos. Doenças Inflamatórias Intestinais. Doença de Crohn.

ABSTRACT: Crohn’s disease (DC) is an inflammatory bowel disease (IBD) that can reach the entire gastrointestinal tract, causing manifestations such as bloody or mucus diarrhea, or both, abdominal pain and weight loss. The study revised to the supplementation of probiotics on the maintenance of the

remission in patients affected by the DC. The PubMed, Lilacs and Medline databases used with descriptors “probiotics” and “Crohn diseases”, between 2004 and 2019, being included studies that evaluate the effect of probiotic supplementation without increasing remission time of the disease. The most used strains in the studies were *Lactobacillus rhamnosus* GG and *Lactobacillus johnsonii*. The intervention time varied from 12 to 104 weeks, with a sample of 11 to 165 patients. A reduction in inflammatory cytokines was observed in patients using probiotics, however, this was not enough to prevent recurrence of the disease. It is inferred that probiotics supplementation in patients affected by DC has no plausible effects on the induction and/or maintenance of remission of the same.

KEYWORDS: Probiotics. Inflammatory Bowel Diseases. Crohn’s disease.

INTRODUÇÃO

A Doença de Crohn (DC) é uma Doença Inflamatória Intestinal (DII), de etiologia desconhecida que pode atingir todo o trato gastrointestinal, causando manifestações, como diarreia com sangue, muco, ou ambos, dor abdominal e perda de peso (BAUMGART, SANDBORN, 2012; HA, 2015). A característica primordial da DC é o acometimento transmural do trato gastrointestinal, podendo afetar todas as camadas, desde a mucosa até a serosa. Apresenta um caráter descontínuo das lesões, pois podem haver áreas de mucosa preservada em meio às de atividade inflamatória, nas quais pode ser observada discretas erosões e edema, sendo mais característica a presença de úlceras (FERRAZ, 2016).

A DC atinge ambos os sexos e pode ocorrer em qualquer idade. Entretanto, afeta principalmente indivíduos entre os 20 e 39 anos, tendo um segundo pico entre idosos de 60 a 70 anos. Estudos demonstram que a ocorrência de casos da DC tem aumentado em nível mundial, sobretudo nos países desenvolvidos, sendo associado às mudanças nos padrões alimentares da sociedade atual. Tal patologia chega a afetar cerca de 3,2 em cada 1.000 pessoas na Europa e na América do Norte (MOLODECKY et al., 2012), sendo menos comum na África e na Ásia (HOVDE, MOUM; PRIDEAUX et al., 2012).

No Brasil, os estudos epidemiológicos detêm limitações quanto ao diagnóstico, bem como ao tamanho das amostras populacionais, ficando limitados a grupos regionais e a pacientes atendidos em ambulatórios. Constata-se que a incidência de DC elevou-se a cerca de 1–3 a cada 100.000 pessoas para 3–4 por 100.000 pessoas nas áreas urbanas mais desenvolvidas do Brasil (WGO, 2015).

Na mucosa de pacientes com DII há um quadro de disbiose, caracterizado pela redução de microrganismos benéficos, representados por *Lactobacillus* e *Bifidobacterium*, além de apresentar um excesso de bactérias patogênicas, como *Escherichia coli*, *Listeria monocytogenes*, *Yersinia enterocolitica* e *Mycobacterium avium paratuberculosis* se mostram mais presentes (MATRICON et al., 2010).

O uso de probióticos é uma possibilidade terapêutica na disbiose. O termo probiótico foi definido pela Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação, juntamente com a Organização Mundial da Saúde, como sendo “microrganismos vivos que quando administrados em quantidade adequada conferem efeitos benéficos à saúde do hospedeiro”. Diversos estudos apontam que sua atuação na microbiota está relacionada à redução do número de bactérias patogênicas através da secreção de substâncias antimicrobianas, além de aumentarem a produção intestinal de citocinas anti-inflamatórias, tais como Interleucina 10 (IL-10), ao mesmo tempo em que reduzem as pró-inflamatórias como Fator de Necrose Tumoral (TNF- α) e Interleucina-8 (IL-8), dentre outros mecanismos (FAO/WHO, 2001; GANES, 2012).

Considerando que o seu uso pode apresentar efeitos benéficos aos indivíduos acometidos por doenças inflamatórias intestinais, na qual se enquadra a DC, o presente estudo teve por objetivo revisar sobre a utilização de probióticos no prolongamento do período de remissão em indivíduos com DC, bem como identificar as cepas probióticas, quantidade e tempo de intervenção.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática, pesquisada na base de dados PubMed, Lilacs e Medline, utilizando o cruzamento entre os descritores “probiotics” e “crohn’s disease”, no período de publicação de 2004 a 2019, na língua inglesa. Foram incluídos estudos do tipo ensaio clínicos randomizados realizados com indivíduos adultos e crianças, com DC. A busca de artigos ocorreu em fevereiro de 2019. Foram encontrados 14 ensaios clínicos publicados na íntegra. Os critérios de exclusão foram estudos com animais, gestantes, lactantes e que não tivessem DC.

RESULTADOS

Foram analisados 6 ensaios clínicos, após a aplicação de filtros, leitura de título, resumo e de artigos na íntegra. O fluxograma do método Prisma foi utilizado para detalhar o processo de seleção dos artigos, conforme a figura 1.

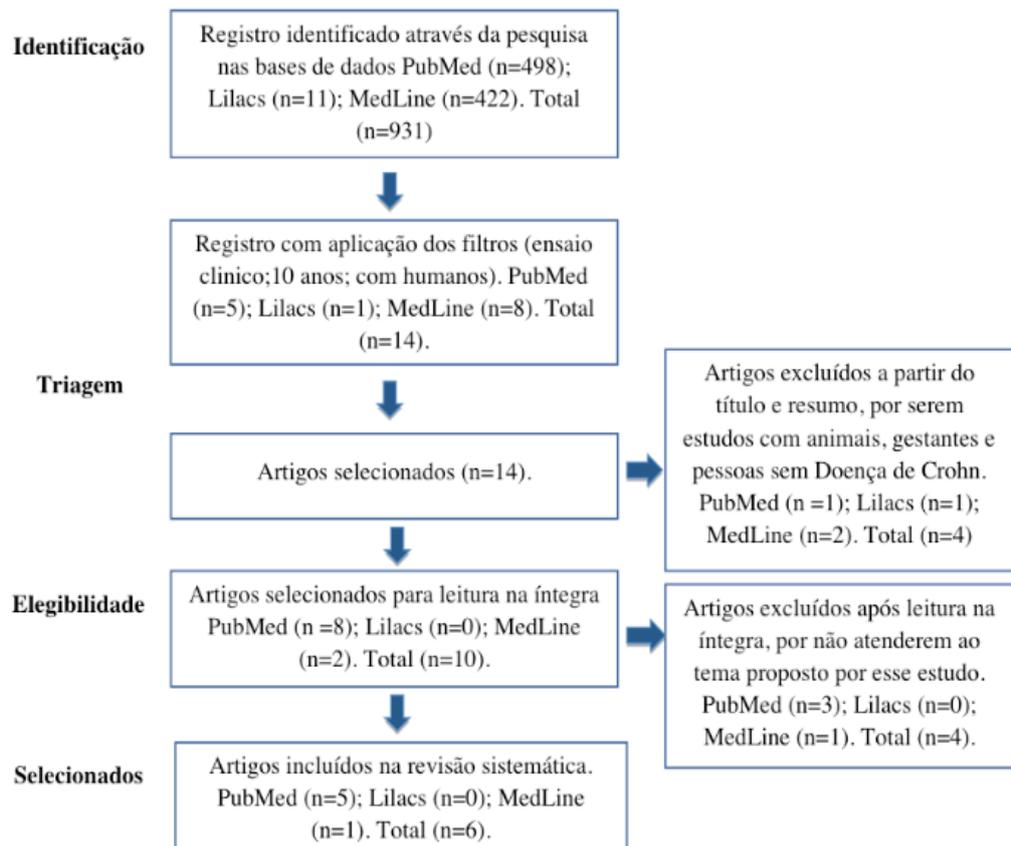


Figura 1 – Fluxograma da seleção de artigos para a revisão.

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

Os estudos analisados verificaram os efeitos da suplementação com probióticos em indivíduos acometidos por DC, descritos no quadro 1. As amostras apresentaram uma variabilidade de 11 a 165 participantes, sendo composta por indivíduos crianças e adultos com DC. As cepas utilizadas foram dos gêneros *Lactobacillus rhamnosus GG* (L GG) (n= 2:7) (SCHULTZ et al., 2004; BOUSVAROS et al., 2005); *Lactobacillus Johnsonii* (LA1) (n=2:7) (MARTEAU et al., 2006; VAN GOSSUM et al., 2007); *VSL#3* (n=1:7) (FEDORAK et al., 2015); *S. Boulardii* (n=1:7) (BOURREILLE et al., 2013), sendo as cepas mais utilizadas o *Lactobacillus Rhamnosus GG* e o *Lactobacillus Johnsonii*. O tempo de intervenção dos estudos analisados variou entre 12 e 104 semanas.

DISCUSSÃO

Diversos estudos mostram existir uma relação entre alteração da microbiota intestinal e o surgimento de DII inclusive da Doença de Crohn, que tem sua etiologia referida na literatura como parcialmente desconhecida, entretanto, a mesma se refere como uma inflamação que envolve alterações de tolerância no sistema imunológico do trato gastrointestinal, originando uma grave e duradoura resposta inflamatória, em pessoas geneticamente susceptíveis. Estudos apontam como um possível fator desencadeante o desequilíbrio na composição da microbiota, entre bactérias patogênicas e benéficas, ou na relação das mesmas com o hospedeiro (IOANNIDIS et

al., 2011; OLIVEIRA, 2014).

Neste sentido Fedorak e colaboradores (2015), realizaram um estudo a fim de avaliar a ação do VSL#3 (mistura de oito cepas probióticas), quanto a prevenção de recorrência da DC, no paciente submetido à cirurgia de ressecção. Constataram não haver um impacto positivo sobre o aumento do tempo de remissão, entretanto notaram que no grupo intervenção houve uma redução nos níveis de citocinas inflamatórias em contrapartida ao grupo placebo. O que provavelmente pode ser em decorrência dos possíveis mecanismos de ação dos probióticos no organismo humano, tais como competição por sítios de adesão formando uma barreira física contra agentes patogênicos, benéficos na imunidade intestinal, suprimindo a inflamação e /ou ativando a imunidade inata, dentre outros (LAZADO et al., 2011; NEUMAN et al., 2012; SAEZ-LARA et al., 2015).

As cirurgias de ressecção são uma das formas de tratamento da DC, e novas lesões geralmente surgem na anastomose e proximalmente, sendo que a presença de lesões graves é preditiva de recidiva clínica precoce. Mediante tal afirmativa, Marteau e colaboradores (2006), em um ensaio clínico randomizado, avaliaram a eficácia da cepa probiótica *Lactobacillus Johnsonii* (LA1), a fim de diminuir a recorrência endoscópica da DC em pacientes que foram submetidos a cirurgia. Após 6 meses de avaliação constataram que a administração do probiótico LA1 não teve efeito suficiente para prevenir a recorrência da DC.

O mesmo resultado se deu no estudo de Van gossom et al. (2007), que utilizou a mesma cepa, porém por um período menor de tempo (12 semanas), e não houveram diferenças significativa, no que se refere a prolongar a remissão nestes pacientes, entre os grupos placebo e intervenção. Estima-se que o probiótico *L johnsonii* (LA1) tenha sido selecionado com base em seu efeito anti-inflamatório, atestado em estudos *in vitro* e sua capacidade de sobreviver no trato gastrointestinal, visto que sua administração seria realizada via oral (HALLER et al., 2002).

O uso de probióticos como adjuvante no tratamento da Doença de Crohn, tem sido alvo de estudos nos últimos anos. Schultz e colaboradores (2004), ao administrarem *Lactobacillus rhamnosus GG* nos pacientes em remissão induzida por medicamentos durante 6 meses, constataram que o uso de tal cepa não evidenciou benefícios em induzir ou manter remissão oriunda do tratamento farmacológico, que tem por objetivo reduzir a atividade da doença, entretanto não altera a evolução natural da mesma (PAPACOSTA et al., 2017). O mesmo foi observado em um ensaio clínico realizado com 75 pacientes que usaram *S. Boulardii* concomitantemente a terapêutica com fármacos por um período de um ano, tal intervenção não corroborou de forma significativa para aumentar o tempo de remissão da doença, apesar de seu uso ser considerado seguro, além de bem tolerado pelos pacientes com DC (BOURREILLE et al., 2013).

Ao tratar-se do público infantil, faz-se necessário uma maior atenção, visto que toda criança com suspeita de DII deve ser rapidamente avaliada, pois atrasos no diagnóstico podem levar a sequelas infecciosas, anemia ou situações abdominais

agudas, além de atraso no crescimento e da maturação sexual, podendo ser situações irreversíveis (FERNANDES et al., 2011). A literatura aponta por meio do estudo realizado por Bousvaros e colaboradores (2005) utilizando o probiótico *Lactobacillus rhamnosus* GG associado a terapia padrão, por um período de 2 anos que tal prática não inferi positivamente sobre o prolongamento do período de remissão nestes pacientes, visto que o tempo médio de recidiva da doença não diferiu significativamente entre o grupo intervenção e placebo.

De acordo com as diretrizes consensuais da European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) e da European Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) sobre o controle clínico da DC pediátrica, os probióticos não são recomendados para a manutenção da remissão, e inexistem benefícios para reduzir o risco de recaída (RUEMMELE et al., 2014). Tal recomendação foi reconhecida pelo Documento de Posição 2018 da ESPGHAN sobre nutrição em DII, afirmando a não indicação de probiótico na indução ou manutenção da remissão de DC pediátrica (MIELE et al., 2018).

Os estudos analisados tiveram como limitações amostras reduzidas, ausência de investigação sobre a composição da microbiota intestinal. Embora isso possa dificultar extrapolação dos resultados para a área clínica e apesar de seus efeitos não terem sido favoráveis quando ao aumento ou manutenção da remissão em pacientes com DC, não se pode excluir o potencial terapêutico dos probióticos nas DII, visto que existem algumas evidências mostrando os efeitos benéficos de probióticos específicos para colite ulcerativa e pouchite.

CONCLUSÃO

Foi observado que nenhum dos probióticos utilizados nos pacientes com DC mostrou qualquer efeito significativo sobre a remissão endoscópica ou no índice de atividade dessa doença. Infere-se que a suplementação de probióticos em pacientes acometidos pela DC não apresenta efeitos plausíveis sobre a indução e/ou manutenção de remissão da mesma, apesar de ter sido constatado possíveis benefícios sobre a redução de níveis de citocinas inflamatórias e de se obter uma boa tolerância quanto a sua utilização.

Contudo, há necessidade de mais estudos do tipo ensaio clínico randomizado com padronizações de medidas, com maiores amostras e período de duração dos mesmos, devido à escassez nesta temática. A partir desses futuros resultados, a utilização na prática clínica pode tornar-se mais viável, com determinação de cepas probióticas, duração e a dosagem da suplementação.

Autores/Ano/ Tipo de estudo	Descrição da amostra	Objetivos	Resultados	Conclusão
SCHULTZ et al., (2004) / Ensaio Clínico	11 pacientes adultos ambos os sexos, com DC. GI (n=5); GC (n=6). Cepa e dosagem utilizada: <i>Lactobacillus Rhamnosus GG</i> (2×10^9 /dia) Tempo de intervenção: 26 semanas.	Determinar o efeito de <i>Lactobacillus GG</i> oral (L. GG) para induzir ou manter a remissão induzida por medicamentos, para o tratamento da DC.	5/11 pacientes terminaram o estudo, com 2 pacientes em cada grupo em remissão sustentada. O tempo médio de recidiva foi de 16 ± 4 semanas no GI e $12 \pm 4,3$ semanas no GC ($p=0,5$). Não existiu diferença significava entre os grupos.	Não foi constatado benefício do L. GG em induzir ou manter remissão induzida por medicação em CD.
BOUSVAROS et al., (2005) / Ensaio Clínico	75 pacientes crianças e adultos ambos os sexos, com DC. GI (n=39); GC (n=36). Cepa e dosagem utilizada: <i>Lactobacillus Rhamnosus cepa GG</i> (LGG) (10×10^{10}) 2 vezes/dia. Tempo de intervenção: 104 semanas.	Avaliar se a adição de LGG à terapia padrão prolongou a remissão em crianças com CD.	O tempo médio de recidiva foi de 9,8 meses no GI e 11,0 meses no GC ($p=0,24$); 31% (12/39) dos pacientes do GI desenvolveram uma recaída em comparação com 6/36 (17%) do GC ($p=0,18$). O LGG foi bem tolerado, com um perfil de efeitos colaterais comparável ao placebo.	Sugere-se que o LGG não prolonga o tempo de remissão em crianças com DC quando administrado como adjuvante à terapia padrão.
MARTEAU et al., (2006) / Ensaio Clínico	98 pacientes adultos, ambos os sexos com DC. GI (n=48); GC (n=50). Cepa e dosagem utilizada: <i>Lactobacillus Johnsonii</i> (LA1) (2×10^9) 2 x dia) Tempo de intervenção: 26 semanas.	Avaliar a eficácia do probiótico LA1 em reduzir a recorrência endoscópica de CD em pacientes submetidos à cirurgia.	Aos seis meses, recidiva endoscópica foi observada em 30/47 pacientes (64%) no GC e em 21/43 (49%) no GI ($p=0,15$). Não existindo diferença estatisticamente significativa entre os grupos.	Administração do probiótico LA1 não teve efeito suficiente para prevenir a recorrência da DC.

Autores/Ano/ Tipo de estudo	Descrição da amostra	Objetivos	Resultados	Conclusão
VAN GOSSUM et al., (2007) / Ensaio Clínico	70 pacientes, ambos os sexos, com DC. GI (n=34); GC (n=36). Cepa e dosagem utilizada: <i>Lactobacillus Johnsonii</i> (LA1) (10×10^{10} /dia) Tempo de intervenção: 12 semanas.	Avaliar a eficácia de uma administração oral do probiótico LA1 no pós-operatório precoce e recorrência endoscópica de DC.	A porcentagem de pacientes com recorrência grave (i3 i4) foi de 21% no GI e de 15% no GC ($p=0,33$), sem diferença significativa entre os dois grupos.	Administração do probiótico LA1 em pacientes com DC não conseguiu evitar a recorrência endoscópica precoce em 12 semanas após ressecção ileocecal.
BOURREILLE et al., (2013) / Ensaio Clínico	165 pacientes, ambos os sexos. GI (n=84); GC (n=81). Cepa e dosagem utilizada: <i>S. Boulardii</i> (1g/dia). Tempo de intervenção: 52 semanas.	Avaliar os efeitos do <i>S. boulardii</i> em pacientes com CD que sofreu remissão durante a terapia com esteróides ou aminossalicilatos.	DC recidivou em 80 pacientes, n=38 no GI (47,5%) e n=42 no GC (53,2%), uma diferença não significativa. O tempo médio para recidiva não diferiu significativamente entre pacientes que receberam <i>S. boulardii</i> (40,7 semanas) vs placebo (39,0 semanas).	<i>S. boulardii</i> é seguro e bem tolerado pelos pacientes com DC em remissão após terapias com esteróides ou salicilato. Entretanto não demonstrou ter efeitos benéficos para os mesmos.
FEDORAK et al., (2015) / Ensaio Clínico	119 participantes, ambos os sexos. GI (n=59) e GC (n=60). Cepa e dosagem utilizada: VSL#3 (900 bilhões de bactérias viáveis, compreendendo 4 cepas de <i>Lactobacillus</i> , 3 cepas de <i>Bifidobacterium</i> , e 1 cepa de <i>Streptococcus salivarius</i> subespécie <i>Thermophilus</i>), 2 vezes/dia. Tempo de intervenção: 52 semanas	Avaliar a eficácia de VSL#3 na manutenção da remissão no pós-operatório em pacientes com DC.	No dia 90, a proporção de pacientes com lesões endoscópicas graves não diferiu significativamente entre GI (9,3%) e GC (15,7%) ($p=0,19$). As proporções de pacientes sem lesões graves no dia 90 que tiveram recorrência endoscópica grave no dia 365 foram de 10,0% no GI inicial (VSL#3 durante os 365 dias) e 26,7% no grupo GI tardio (VSL#3 dos dias 90 a 365) ($p=0,09$). No GI, houve redução dos níveis de citocinas inflamatórias em comparação ao GC no dia 90 ($p= <0,05$). Índice de atividade da doença foi semelhante nos dois grupos.	Não houve diferença estatística na taxa de recorrência endoscópica no dia 90 entre os pacientes dos dois grupos. Níveis inferiores de citocinas inflamatórias e uma menor taxa de recorrência entre os pacientes do GI precoce (com VSL#3 por 365 dias) indicam que este probiótico deve ser investigado para prevenção de recorrência da DC.

Quadro 1 - Descrição dos estudos analisados nesta revisão sistemática. Fortaleza, 2019.

* DC: Doença de Crohn; UFC: Unidade Formadora de Colônia; GI: Grupo de intervenção. GC: Grupo controle; LGG: *Lactobacillus rhamnosus GG*; LA1: *Lactobacillus johnsonii*; VSL#3: Junção de oito cepas probióticas (4 cepas de *Lactobacillus*, 3 cepas de *Bifidobacterium*, e 1 cepa de *Streptococcus salivarius* subespécie *Thermophilus*). Fonte: O autor (2019).

REFERÊNCIAS

- BAUMGART, D. C.; SANDBORN, W. J. **Crohn's disease**. *Lancet*, v.380, p.1590–1605, 2012.
- FERNANDES, A.; BACALHAU, S.; CABRAL, J. **Doença inflamatória intestinal pediátrica**. *Acta Med Port*. v.24(s2), p.333-338, 2011.
- FERRAZ, F. B. **Panorama Geral Sobre Doenças Inflamatórias Intestinais: Imunidade e Suscetibilidade da Doença de Crohn e Colite Ulcerativa**. *J Health Sci*. v.18, n.2, p.139-143, 2016.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations/World Health Organization Working Group. **Guidelines for the evaluation of probiotics in food**. Report of a joint FAO/WHO working group on drafting guidelines for the evaluation of probiotics in food. London, Ontario, Canada, 2001. <<http://www.fao.org/3/a-a0512e.pdf>> Acessado em 14 de fevereiro 2019.
- GANES, R. et al. **Probiotics for the Treatment of Inflammatory Bowel Disease**. *Curr Gastroenterol Rep*. v.14, 2012.
- HALLER, D.; BODE, C.; HAMMES, W.P et al. **Non-pathogenic bacteria elicit a differential cytokine response by intestinal epithelial cell/leucocyte co-cultures**. *Gut*. v.47, p.79–87, 2000.
- HA, F.; KHALIL, H. **Crohn's disease: a clinical update**. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*, v.8, p.352-359, 2015.
- HOVDE, Ø.; MOUM, B.A. **Epidemiology and clinical course of Crohn's disease: results from observational studies**. *World J Gastroenterology*, v.18, n.5, p. 1723-31, 2012.
- IOANNIDIS, O.; VARNALIDIS, I.; PARASKEVAS, G et al. **Nutritional modulation of the inflammatory bowel response**. *Digestion*. v.84, n.2, p.89-101, 2011.
- LAZADO, C.; CAIPANG, C.; BRINCHMANN, M et al. **In vitro adherence of two candidate probiotics from Atlantic cod and their interference with the adhesion of two pathogenic bacteria**. *Veterinary Microbiology*. v.148, n.2-4, p.252-9, 2011.
- MATRICON, J.; BARNICH, N.; ARDID D. **Immunopathogenesis of inflammatory bowel disease**. *Landes Bioscience*, v.1, p.299-309, 2010.
- MIELE, E.; SHAMIR, R.; ALOI M et al. **Nutrition in pediatric inflammatory bowel disease: a position paper on behalf of the porto inflammatory bowel disease group of the European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition**. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. v.66, p.687–708, 2018.
- MOLODECKY, N. A. et al. **Increasing Incidence and Prevalence of the Inflammatory Bowel Diseases With Time, Based on Systematic Review**. *Gastroenterology*, v. 142, p. 46 –54, 2012.
- NEUMAN. M.; NANAU R. **Inflammatory bowel disease: role of diet, microbiota, life style**. *Translational Research*. v.160 n.1, p.29-44, 2012.
- OLIVEIRA, AM. **Uso de probióticos e prebióticos nas doenças inflamatórias intestinais**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Federal de Juiz de Fora como Requisito para obtenção de graduação em Nutrição. Juiz de Fora, 2014.
- PAPACOSTA, N.G.; NUNES, G.M.; PACHECO, R.J et al. **Doença de Crohn: um artigo de revisão**. *Revista de Patologia do Tocantins*. v.4, n.2, p.25-35, 2017.
- PRIDEAUX, L.; KAMM, M. A.; CRUZ P.P et al. **Inflammatory bowel disease in Asia: a systematic review**. *J. Gastroenterol Hepatol*. v.27, n.8, p.1266-80, 2012.
- RUEMMELE. F.M.;VERES, G.; KOLHO, K.L et al. **Consensus guidelines of ECCO/ESPGHAN on**

the medical management of pediatric Crohn's disease. J Crohns Colitis. v.8, p.1179–1207, 2014.

SAEZ-LARA, M.J.; GOMEZ-LLORENTE, C.; PLAZA-DIAZ, J et al. **The Role of Probiotic Lactic Acid Bacteria and Bifidobacteria in the Prevention and Treatment of Inflammatory Bowel Disease and Other Related Diseases : A Systematic Review of Randomized Human Clinical Trials.** BioMed Research International, p.1–15, 2015.

World Gastroenterology Organization Global Guidelines (WGO). **Inflammatory Bowel Disease.** Milwaukee, WI; 2015.

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL AMBULATORIAL DE PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO EM TRATAMENTO RADIOTERÁPICO

Karine Montrezor Maia

Centro Universitário de Controle do Câncer –
CUCC
Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE/
UERJ
Rio de Janeiro - RJ

Liliane Soares Corrêa de Oliveira

Centro Universitário de Controle do Câncer –
CUCC
Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE/
UERJ
Rio de Janeiro - RJ

Célia Lopes da Costa

Instituto de Nutrição/Universidade do Estado do
Rio de Janeiro - INU/UERJ
Rio de Janeiro - RJ

RESUMO: Introdução: O câncer de cabeça e pescoço é característico por sua agressividade local e a desnutrição é muito prevalente, associando-se à diminuição da resposta ao tratamento e da qualidade de vida. Com isso, ressalta-se a importância da avaliação e acompanhamento nutricional. **Objetivo:** Avaliar evolução clínica e nutricional de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, considerando estado nutricional, indicadores de prognóstico e toxicidades. **Metodologia:** Estudo retrospectivo com coleta de dados em prontuários. Pacientes divididos em adultos e idosos e grupos de

consulta pré-tratamento (C1) e pós-tratamento (C2). Perfil clínico avaliado por relato de sintomas e toxicidades ao tratamento. Perfil nutricional avaliado por antropometria e prognóstico por bioimpedância elétrica. Análises estatísticas realizadas pelo software Graphpad Prism versão 7.03. Diferenças significativas quando $p < 0,05$. **Resultados:** Foram avaliados 54 homens, 57,7% idosos e com maior frequência das neoplasias de laringe (33,33%), orofaringe (29,62%) e cavidade oral (22,62%). Redução significativa do peso, IMC e CMB entre adultos e idosos. Redução significativa da DCT apenas entre os adultos. Diagnóstico nutricional não sofreu variação significativa, exceto nos idosos que cursaram com aumento de desnutrição devido perda de massa muscular. Aumento significativo da disgeusia e xerostomia nos adultos e disgeusia, odinofagia e xerostomia nos idosos. Não houve diferença significativa quanto ao Ângulo de Fase Padrão. **Conclusão:** O acompanhamento nutricional é fundamental para a manutenção de uma composição corporal adequada, assim como a intervenção precoce, aumentando a resposta aos tratamentos, melhorando a qualidade de vida e diminuindo os custos de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de cabeça e pescoço, Avaliação nutricional, Radioterapia

ABSTRACT: Introduction: Head and neck cancer is characterized by its local aggressiveness and malnutrition is very prevalent, associated with a decrease in response to treatment and quality of life. With this, the importance of nutritional assessment and monitoring is emphasized. **Objective:** To evaluate the clinical and nutritional evolution of patients with head and neck cancer, considering nutritional status, prognostic indicators and toxicities. **Methodology:** Retrospective study with data collection in medical records. Patients divided into adults and elderly and pre-treatment (C1) and post-treatment (C2) consultation groups. Clinical profile assessed by reporting symptoms and treatment toxicities. Nutritional profile evaluated by anthropometry and prognosis by electrical bioimpedance. Statistical analyzes performed by Graphpad Prism software version 7.03. Significant differences when $p < 0.05$. **Results:** Fifty-seven men, 57.7% of the elderly and more frequently laryngeal neoplasms (33.33%), oropharynx (29.62%) and oral cavity (22.62%) were evaluated. Significant weight loss, BMI and BMI among adults and the elderly. Significant reduction of DCT only among adults. Nutritional diagnosis did not change significantly, except in the elderly who attended with increased malnutrition due to loss of muscle mass. Significant increase of dysgeusia and xerostomia in adults and dysgeusia, odinofagia and xerostomia in the elderly. There was no significant difference in the Standard Phase Angle. **Conclusion:** Nutritional monitoring is essential for the maintenance of adequate body composition, as well as early intervention, increasing the response to treatments, improving quality of life and reducing health costs.

KEYWORDS: Head and neck cancer, Nutrition assessment, Radiotherapy

1 | INTRODUÇÃO

O câncer de cabeça e pescoço é característico por sua agressividade local e pelo risco de ocorrência de tumores secundários. A ampla maioria (90%) é composta por carcinomas de células escamosas, também conhecido como carcinoma espinocelular (CEC) (Galbiatti *et al*, 2013; Casati *et al*, 2012; Gaetti-Jardim *et al*, 2010).

Este tipo de câncer representa as neoplasias malignas das vias aerodigestivas superiores como: cavidade oral, faringe, nasofaringe e hipofaringe, cavidade nasal e seios paranasais; laringe glótica e supraglótica; glândulas salivares e glândula tireóide (Santos *et al*, 2013; Bragante *et al*, 2011).

Estimou-se, para o Brasil no biênio de 2018-2019, 11.200 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 3.500 em mulheres. Para o câncer de laringe, 6.390 novos casos para homens e 1280 em mulheres. Ambos os tipos apresentam as regiões Sul e Sudeste com a maior expectativa de ocorrência de novos casos (Brasil, 2017).

A etiologia do câncer de cabeça e pescoço é multifatorial, onde as principais condições de risco são: tabaco, álcool e o papilomavírus humano (HPV) (Bragante

et al, 2011). O tabagismo é o principal fator de risco para CEC de cabeça e pescoço. Quando associado ao consumo de álcool, o risco de CEC se eleva em 40 vezes.

Na realidade brasileira, a maioria dos pacientes é diagnosticado em estádios avançados (III e IV), mantendo-se assim uma doença desafiadora, o que confere prognóstico sombrio para uma parcela significativa dos doentes, com alto grau de comprometimento do seu estado clínico e nutricional (Santos *et al*, 2013; Miyamoto *et al*, 2014).

Os tratamentos cirúrgico, quimioterápico e radioterápico apresentam efeitos secundários com diferentes graus de gravidade, os quais na grande maioria tem um impacto negativo, principalmente sobre o aspecto nutricional, como por exemplo: surgimento de disfagias, limitações na mastigação, anorexia, disgeusia, xerostomia, náuseas, vômitos, diarreia, constipação, dor, mucosite, trismo, cárie de radiação e, mais raramente a osteorradionecrose (Coronha *et al*, 2011; Paiva *et al*, 2010; Sassi *et al*, 2009; Santos *et al*, 2014; Brasil, 2006).

A desnutrição é muito prevalente no paciente oncológico e associa-se à diminuição da resposta ao tratamento e da qualidade de vida, com aumento da morbimortalidade. O estado nutricional, além de influenciar o prognóstico da doença, torna-se também um critério de seleção da modalidade de tratamento. Diante disso, a avaliação nutricional deve ser feita na primeira consulta e realizada periodicamente ao longo de todo o tratamento.

O ângulo de fase (AF), obtido pela bioimpedância elétrica (BIA), tem sido utilizado como um indicador do estado nutricional e prognóstico de doença. Especula-se que seja um marcador de nutrição relevante que pode caracterizar o acréscimo de massa extracelular e/ou decréscimo de massa celular (Eickemberg *et al*, 2011).

O AF pode sofrer influências como qualquer marcador biológico e por tanto indica-se a utilização do Ângulo de Fase Padrão (AFP) pelo seu valor absoluto ajustado segundo a idade e sexo (Castanho *et al*, 2013; Barbosa-Silva *et al*, 2008; Paiva *et al*, 2010). Desta forma, o objetivo do presente estudo foi avaliar a evolução clínica e nutricional de pacientes com câncer de cabeça e pescoço levando em consideração o estado nutricional por parâmetros antropométricos e de BIA, indicadores de prognóstico e possíveis toxicidades decorrentes do tratamento.

2 | MÉTODO

Pesquisa retrospectiva com coleta de dados em prontuários de pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço atendidos no ambulatório de Nutrição Oncológica do Centro Universitário de Controle do Câncer (CUCC) no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) no período de 2010 a 2016 e submetidos à radioterapia, combinada ou não a quimioterapia ou cirurgia. Os dados da consulta ambulatorial foram divididos em inicial (C1: pré-tratamento) e final (C2: pós-tratamento), com intervalo médio de 6 a 7 semanas. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética

em Pesquisa (CEP) do HUPE sob o CAAE nº 53542518.8.00005259.

Os dados antropométricos foram avaliados em C1 e C2 (estatura, índice de massa corporal, dobra cutânea tricipital, circunferência do braço e circunferência muscular do braço). A BIA foi realizada somente em C1 utilizando o aparelho tetra polar Biodynamics modelo 450 de acordo com técnica padronizada (Kyle *et al*, 2004). O ângulo de fase padrão (AFP), como prognóstico da doença, foi estimado a partir dos valores de referência para a população brasileira. O valor de corte de -1,65 referente ao percentil cinco (p5) da amostra foi utilizado para classificar os pacientes em dois grupos: AFP baixo ou AFP normal. O ângulo de fase (AF) foi também comparado aos valores de referência para a população saudável brasileira, e com o valor de corte de 5,2 categorizando os pacientes em risco nutricional (Motta *et al*, 2015). O padrão alimentar foi avaliado segundo informações dos prontuários quanto à via de acesso da alimentação, consistência, apetite e ingestão de alimentos.

As análises estatísticas foram realizadas pelo *software Graphpad Prism* versão 7.03 *for Windows* (San Diego, Califórnia, EUA). Para todas as análises, foram consideradas diferenças significativas quando *p* valor foi < 0,05.

3 | RESULTADOS

O estudo foi composto pela avaliação de 54 prontuários, contendo pacientes do sexo masculino, 57,4% com idade acima de 60 anos e 40,7% pardos. A Tabela 1 mostra o perfil clínico dos pacientes, com destaque para a maior prevalência de tumores de laringe, tabagistas e etilistas. Todos os pacientes apresentaram o tipo CEC, porém o estadiamento mais avançado entre idosos.

O perfil antropométrico está apresentado na Tabela 2, onde foi possível observar entre adultos e idosos na C1 e C2 redução significativa do peso, IMC e CMB. Com relação a DCT, houve redução significativa apenas entre adultos.

Quanto ao diagnóstico nutricional por IMC, observamos maior prevalência de eutróficos e sobrepesos entre os adultos e baixo peso entre idosos, porém sem diferença significativa ao longo do acompanhamento.

Variáveis		Total (n =54)		Adultos (n=23)		Idosos (n=31)	
		N	%	n	%	n	%
Localização do Tumor	Cavidade oral	12	22,22	06	26,08	06	19,35
	Nasofaringe	01	1,85	01	4,34	-	-
	Hipofaringe	03	5,55	01	4,34	02	6,45
	Orofaringe	16	29,62	06	26,08	10	32,25
	Glândula salivar	02	3,70	01	4,34	01	3,22
	Laringe	18	33,33	06	26,08	12	38,70
	Cec cervical	02	3,70	02	8,69	-	-
Estadiamento	T1	03	5,55	-	-	03	9,67

	T2	15	27,77	10	43,47	05	16,12
	T3	18	33,33	06	26,08	12	38,70
	T4	16	29,62	06	26,08	10	32,25
	TX	02	3,70	01	4,34	01	3,22
Tratamento	Cirurgia	03	5,55	02	8,69	01	3,22
	Cirurgia/RT	06	12,96	02	8,69	04	12,90
	Cirurgia/QT/RT	04	7,40	02	8,69	02	6,45
	QT/RT	29	53,70	14	60,86	15	48,37
	RT	12	20,37	03	13,04	09	29,03
História Familiar	Sim	20	37,03	10	43,47	10	32,25
	Não	34	62,96	13	56,52	21	67,74
Tabagismo	Sim	43	79,62	17	73,91	26	83,87
	Não	11	20,37	06	26,08	05	16,12
Etilismo	Sim	45	83,33	19	82,60	26	83,87
	Não	09	16,66	04	17,39	05	16,12

T - tumor primário, TX - tumor não avaliado, RT - radioterapia, QT - quimioterapia. Valores expressos em número de indivíduos (n) e percentual (%).

Tabela 1: Perfil clínico dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço na consulta ambulatorial inicial (C1).

O perfil dietético dos pacientes está descrito na Tabela 3, onde a maioria não apresentou variações na alimentação oral, mantendo o apetite preservado, a quantidade ingerida e consistência normal da dieta.

Variáveis	Adultos (n=23)			Idosos (n=31)		
	C1	C2	P valor*	C1	C2	P valor*
	Média ± DP	Média ± DP		Média ± DP	Média ± DP	
Peso (Kg)	70,91 ± 15,29	64,08 ± 12,80	<0,0001	61,71 ± 12,21	59,11 ± 11,92	<0,001
IMC (Kg/m ²)	25,26 ± 4,34	22,80 ± 3,20	<0,0001	22,30 ± 4,04	21,38 ± 3,96	<0,001
DCT (mm)	12,74 ± 5,39	11,04 ± 4,81	<0,01	9,84 ± 4,72	9,32 ± 4,47	>0,05
CMB (cm)	25,70 ± 3,39	24,56 ± 2,94	<0,005	23,81 ± 2,53	22,66 ± 2,64	<0,001

IMC – índice de massa corporal; DCT – Dobra cutânea triptal; CMB – Circunferência muscular do braço. Valores expressos em média ± desvio padrão (DP). *Teste t-student com significância de p<0,05.

Tabela 2: Perfil antropométrico dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço na consulta ambulatorial inicial (C1) e final (C2).

	Variáveis n	Total (n=54)		Adultos (n=23)		Idosos (n=31)		P valor*
		%	n	%	n	%	n	
Apetite	Preservado	35	64,81	16	69,56	19	61,29	0,473
	Diminuído	14	25,92	05	21,73	09	29,03	0,130
	Muito diminuído	05	9,25	02	8,69	03	9,67	0,527
Quantidade ingerida	Preservado	27	50	14	60,86	13	41,93	0,785
	Diminuído	18	33,33	06	26,08	12	38,70	0,045
	Muito diminuído	08	14,81	03	13,04	05	16,12	0,317
Consistência	Normal	25	46,29	12	52,17	13	41,93	0,317
	Pastosa	12	22,22	04	17,39	08	25,80	0,102
	Semi-líquida	11	20,37	05	21,73	06	19,35	0,669
	Líquida	06	11,11	02	8,69	04	12,90	0,248
Suplementos	Sim	46	85,18	20	86,95	26	83,87	0,210
	Não	08	14,81	03	13,04	05	16,12	0,317

Valores expressos em número de indivíduos (n) e percentual (%). *Teste do Qui-quadrado com significância de $p < 0,05$.

Tabela 3: Perfil dietético dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço na consulta ambulatorial inicial (C1).

Entretanto, especificamente os idosos apresentaram uma tendência de ingestão diminuída em relação aos adultos ($p=0,045$). Resultado esse que pode justificar um melhor estado nutricional no grupo dos adultos e um perfil nutricional nos idosos mais fragilizado, com maior perda de massa magra no início do tratamento.

Na verificação das toxicidades decorrente do tratamento durante o período de 6 a 7 semanas (Tabela 4), pode-se observar um aumento de sintomas como: disfagia, disgeusia, mucosite, odinofagia e xerostomia em ambos os grupos. Porém entre adultos, destaca-se o aumento significativo da disgeusia e da xerostomia até o final do tratamento. Já nos idosos, houve aumento significativo da disgeusia, odinofagia e xerostomia.

Com relação a via de acesso para alimentação, foi possível observar variações ao longo do tratamento, caracterizando piora clínica. Porém, apenas entre idosos essa mudança foi significativa, onde ocorreu uma tendência de redução da via oral ($p=0,049$) e aumento significativo no uso de gastrostomia ($p=0,038$).

Variáveis	Adultos (n=23)				P valor*	Idosos (n=31)				P valor*
	DT		C2			DT		C2		
	n	%	n	%		N	%	n	%	
Anosmia	01	4,34	03	13,04	0,295	-	-	02	6,45	0,150
Disfagia	05	21,73	06	26,08	0,729	11	35,48	16	51,61	0,200
Disgeusia	01	4,34	09	39,13	0,004	-	-	16	51,61	0,0001

Dispneia	-	-	-	-	-	01	3,22	01	3,22	1,000
Hiporexia	02	8,69	05	21,73	0,218	05	16,12	04	12,90	0,718
Inapetência	02	8,69	01	4,34	0,550	01	3,22	-	-	0,313
Mucosite	01	4,34	04	17,39	0,155	01	3,22	05	16,12	0,085
Náusea	-	-	03	13,04	0,073	01	3,22	03	9,67	0,301
Odinofagia	10	43,47	11	47,82	0,767	07	22,58	17	54,83	0,009
Soluço	-	-	03	13,04	0,073	01	3,22	03	9,67	0,301
Trismo	01	4,34	-	-	0,312	01	3,22	01	3,22	1,000
Vômito	-	-	03	13,04	0,073	-	-	-	-	-
Xerostomia	01	4,34	14	60,86	0,0001	-	-	17	54,83	0,0001

Valores expressos em número de indivíduos (n) e percentual (%). *Teste do Qui-quadrado com significância de $p < 0,05$.

Tabela 4: Toxicidade da radioterapia nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço identificada durante (DT) e no final (C2) do tratamento.

A Tabela 5 apresenta os resultados das medidas do AF pela BIA, realizada antes de iniciar o tratamento, onde a média de todas as faixas etárias, adultos e idosos, foram menores quando comparadas com a população saudável, mostrando um declínio na integridade celular. Porém quando comparado com o ponto de corte de 5,2 foi observado que não houve médias abaixo do valor citado. Foi analisado também como fator prognóstico o AFP, onde observou-se a média entre adultos de $-1,10 \pm 0,90$ e entre idosos de $-0,97 \pm 0,90$, sem diferença significativa entre os dois grupos ($p > 0,05$).

Idade	Adultos (n=23)		Idosos (n=31)		População saudável
	n	Média \pm DP	n	Média \pm DP	Média \pm DP
18 – 20	-	-	-	-	7,04 \pm 0,85
20 – 29	-	-	-	-	6,98 \pm 0,92
30 – 39	01	5,40 \pm 0,0	-	-	6,87 \pm 0,84
40 – 49	03	6,46 \pm 1,04	-	-	6,91 \pm 0,85
50 – 59	19	6,47 \pm 0,66	-	-	6,55 \pm 0,87
60 – 69	-	-	20	5,78 \pm 0,63	5,97 \pm 0,83
≥ 70	-	-	11	5,40 \pm 1,29	5,64 \pm 1,02

Valores expressos em número de indivíduos (n) e média \pm desvio padrão (DP).

Tabela 5: Ângulo de fase de acordo com a idade dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço na consulta ambulatorial inicial (C1).

4 | DISCUSSÃO

O câncer de cabeça e pescoço tem predomínio entre homens com idade entre a sexta e oitava década de vida, baixo nível sócioeconômico e de escolaridade, além da raça branca e do alto consumo de tabaco e álcool (Souza A.R. *et al*, 2016). O presente estudo mostrou números que confirmam isso, onde a população foi caracterizada pelo sexo masculino, mais da metade com mais de 60 anos de idade, baixa escolaridade e

nível socioeconômico.

O papel do álcool e do tabagismo já estão bem descritos na literatura como fator de risco para o CEC de cabeça e pescoço e pela sua relação com indivíduos do sexo masculino (Casati *et al*, 2012). Carrad *et al*. (2008) também mostraram o tabagismo como um fator isolado e diretamente associado a essa neoplasia, tanto em fumantes como em ex-fumantes.

As localizações anatômicas predominantes em ambos os grupos da amostra foram laringe, orofaringe e cavidade oral, sendo a laringe mais prevalente nos idosos. O tipo histológico encontrado na amostra foi o CEC (100% dos casos), o que já foi comprovado pela literatura mundial ser o mais incidente (Santos *et al*, 2010; Alessandro *et al*, 2015; Fu *et al*, 2016; Souza *et al*, 2016). Além disso, observou-se a preponderância do estadiamento tardio (T4) no grupo dos idosos e inicial (T2) no grupo dos adultos, o que também tem sido observado na literatura científica. As principais causas do diagnóstico tardio são desinformação, desconsideração dos sintomas por parte dos pacientes, falta de exames de rotina feitos pelos profissionais de saúde, além da dificuldade ao acesso aos serviços de saúde (Galbiatti *et al*, 2013). Acredita-se que um longo período para a confirmação do diagnóstico a partir do início dos sintomas explicaria o fato de se detectar a doença em estádios mais avançados (Felippu *et al*, 2016).

Os sintomas iniciais mais frequentes e anteriores ao tratamento foram dor, disfagia e odinofagia, com maior prevalência nos idosos e corroborando com a localização predominante e prevalência do estadiamento encontrado neste grupo, além de contribuir para alterações no estado nutricional (Andrade *et al*, 2017; Alsbadwi *et al*, 2013). Segundo Souza *et al*, (2016), estudando 76 pacientes, o sintoma mais relatado foi a dor, seguida pela disfagia.

Dos pacientes avaliados, 53,7% realizaram o tratamento com radioterapia e quimioterapia combinada, que caracteriza risco potencializado de toxicidade induzida pela quimio-irradiação. As toxicidades mais prevalentes no presente estudo durante o tratamento foram a disfagia, disgeusia, mucosite, odinofagia e xerostomia. Além disso, houve um aumento significativo da disgeusia, xerostomia e da odinofagia nos idosos ao final do tratamento. No estudo de Casselli *et al*. (2009), que avaliaram 110 pacientes com CEC de boca e orofaringe, evidenciaram que 75,5% da sua amostra cursou com xerostomia. Outro trabalho que avaliou 20 pacientes com CEC de cabeça e pescoço constatou que ao final do tratamento 100% apresentava xerostomia (Silva *et al*, 2017). No estudo de Segreto *et al*. (2012) que avaliaram 50 pacientes com CEC de cavidade oral, orofaringe e laringe submetidos ao tratamento combinado (radio e quimioterapia), constataram que as principais queixas foram disgeusia em 41%, mucosite em 38% e xerostomia em 29% dos casos, com maior incidência entre a terceira e a sexta semana de tratamento. No trabalho de Chavoni *et al*. (2014), que avaliaram 54 pacientes com predomínio de CEC de cavidade oral, observaram que 81,5% dos pacientes apresentaram disfagia, 44,4% odinofagia e 37% xerostomia.

A constatação da doença em fase avançada e a agressividade dos tratamentos antineoplásicos associam-se à acentuada redução da ingestão alimentar e constituem as principais causas da desnutrição energético-protéica nos indivíduos acometidos por este tipo de câncer (Maio *et al*, 2009).

No contexto da avaliação nutricional, a média da perda de peso, massa magra e tecido adiposo subcutâneo no período de tratamento (em média 6 a 7 semanas) foi significativa em ambos os grupos, com exceção dos idosos em relação ao tecido adiposo subcutâneo. Em contrapartida, o estado nutricional não sofreu variações significativas ao longo do tratamento, exceto entre idosos que apresentaram um aumento de indivíduos desnutridos, devido a maior perda de massa magra. Dessa forma, há prevalência de indivíduos eutróficos ou com sobrepeso/obesidade entre os adultos e de indivíduos desnutridos entre os idosos, durante o período de radioterapia.

Com isso, o presente estudo mostra que a antropometria demonstra o impacto negativo do tratamento sobre a composição corporal, mostrando as consequências das suas toxicidades. De acordo com o estudo de Chavoni *et al*. (2014), os achados foram semelhantes, com predomínio de sobrepeso/obesidade em indivíduos abaixo de 60 anos de idade e manutenção de melhor estado nutricional ao longo do tratamento. No estudo de Langius *et al*. (2016), que avaliaram 116 pacientes com predomínio de idosos, também foi encontrado o diagnóstico prevalente de desnutrição, corroborando com os achados atuais.

Mediante a BIA, o AF representa um novo marcador de função celular, que é influenciado por citocinas inflamatórias produzidas pelo tumor e por alterações da homeostase (Hui *et al*, 2014). No presente estudo foi possível verificar que ao comparar com os valores de referência para população saudável (Barbosa-Silva *et al*, 2005), tanto o grupo dos adultos quanto dos idosos estiveram abaixo da média, demonstrando redução da função celular e conseqüentemente relacionando-se a piores desfechos clínicos. Um estudo ao avaliar 75 pacientes, a maioria homens e com predomínio de câncer de laringe, orofaringe e cavidade oral, foi observado que os indivíduos com melhor estado nutricional obtiveram AF maiores quando comparados com os indivíduos desnutridos (Massalska-Maleca *et al*, 2015). De acordo com o trabalho, que avaliou 93 pacientes com câncer em tratamento radioterápico foi sugerido que um ponto de corte de 5,2 seria apropriado para esta população (Motta *et al*, 2015).

Comparando este valor como ponto de corte com o presente estudo, foi possível observar todos os pacientes com AF maior, predizendo melhor estado da integridade celular. Como ainda não há estudos conclusivos quanto aos melhores valores de referência a serem utilizados para esta população, o AF passa a ter uma limitação para seu uso.

Neste estudo também foi analisado o AFP, visto que este se mostra como um fator prognóstico independente para pacientes oncológicos e que permite comparar populações com gênero e distribuição diferentes, considerando um único ponto de corte -1,65 (Paiva *et al*, 2010). O AFP encontrado revela que todos os pacientes encontram-

se com valores acima do ponto de corte, configurando um melhor prognóstico e menor risco nutricional. Ao comparar os dois grupos foi possível verificar que nos adultos a média foi de $-1,10 \pm 0,90$ e nos idosos foi de $-0,97 \pm 0,90$, o que revela uma pior integridade celular e condição nutricional nos adultos. Situação que se difere do esperado, onde os idosos pela idade e por apresentarem um estado nutricional mais depletado, deveriam cursar com um AFP menor, porém o achado pode ser explicado pelo fato do grupo dos adultos apresentarem sua composição corporal com maior tecido adiposo do que massa magra, o que interfere diretamente nos resultados obtidos pela BIA.

Em muitos casos, seja pelo estado nutricional ou pelas toxicidades ao tratamento apresentadas pelos pacientes, há necessidade de uma via alimentar alternativa afim de garantir uma nutrição adequada. O presente estudo mostra que em ambos os grupos, a maior parte da amostra manteve a via oral durante e ao final do tratamento, porém apresentaram mudanças ao longo do acompanhamento, com redução da via oral e aumento do uso de gastrostomia, sendo esse acontecimento significativo nos idosos. Este fato pode estar intimamente relacionado a piora clínica ocorrida devido as toxicidades do tratamento (Rebouças *et al*, 2011) e está de acordo com o estudo de Atasoy *et al.* (2012), no qual foram avaliados 111 pacientes com neoplasia localmente avançada (predominância de orofaringe, submetidos a radioterapia e quimioterapia combinadas durante 6 semanas), 81% receberam suporte nutricional via gastrostomia no início do tratamento e apresentaram uma menor perda de peso durante e após a conclusão do tratamento permanecendo em média 4 meses com a gastrostomia.

5 | CONCLUSÃO

Existem várias formas de tratamentos para o câncer de cabeça e pescoço dependendo do estágio da doença. Alguns aumentam a sobrevida dos pacientes, mas todos induzem efeitos colaterais que podem reduzir a qualidade de vida e mutilar certos órgãos.

É de extrema importância conhecer o perfil clínico e epidemiológico de indivíduos com câncer de cabeça e pescoço, assim como a incidência de sintomas e as possíveis consequências sobre o estado nutricional, pois possibilitará as mudanças no estabelecimento das necessidades clínicas e nutricionais referentes a neoplasia desde o início do tratamento.

A BIA permanece como um instrumento válido para determinar o nível de dano celular e prognóstico do indivíduo, porém com a limitação de ainda não apresentar valores de referência unificados e específicos para a população oncológica quanto ao AF. O AFP por ser ajustado, deve fazer parte da avaliação, servindo como um instrumento de prognóstico.

Dessa forma, o acompanhamento nutricional é fundamental para a manutenção de uma composição corporal adequada, possibilitando intervenção precoce, seja através de suplementação ou até mesmo da utilização de uma via de alimentação

alternativa, antes do paciente apresentar toxicidades ao tratamento. Especialmente nos casos de desnutridos e sintomáticos, pode possibilitar melhora na resposta ao tratamento e na qualidade de vida, reduzindo assim os custos com a saúde.

REFERÊNCIAS

- ALESSANDRO, AF. *et al.* **Oral cavity squamous cell carcinoma: factors related to occult lymph node metastasis.** Braz J Otorhinolaryngol, 81(3):248-254, 2015.
- ALSBADUWI, A. *et al.* **Nutritional consideration for head and neck cancer patients: a review of the literature.** J Oral Maxillofac Surg, 71:1853-1860, 2013.
- ANDRADE, MS. *et al.* **Associação entre os achados do questionário de disfagia MD Anderson e a videofluorescência da deglutição após tratamento do câncer de cabeça e pescoço.** CoDAS, 29(1), 2017
- ATASOY, BM. *et al.* **The impact of early percutaneous endoscopic gastrostomy placement on treatment completeness and nutritional status in locally advanced head and neck cancer patients receiving chemoradiotherapy.** Eur Arch Otorhinolaryngol, 269:275-282, 2012.
- BARBOSA-SILVA, MC.; BARROS, AJ.; LARSSON, E. **Phase angle reference values for Brazilian population.** Int J Body Compos Res, 6(2):67-68, 2008.
- BARBOSA-SILVA, MCG.; BARROS, AJD. **Bioelectrical impedance analysis in clinical practice: a new perspective on its use beyond body composition equations.** Curr Opin Clin Nutr Metab Care, 8:311-317, 2005.
- BRAGANTE, KC.; NASCIMENTO, DM.; MOTTA, NW. **Avaliação dos efeitos agudos da radioterapia sobre os movimentos mandibulares de pacientes com câncer de cabeça e pescoço.** Rev Bras Fisioter, 2011.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Incidência de câncer no Brasil – Estimativa 2017.** Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativas/2017/index.asp?ID=2> . Acesso em: 30 mar. 2018.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Oncologia - Manual de bases técnicas, 2016.** Disponível em: ftp://arpoador.datasus.gov.br/siasus/Documentos/APAC/Manual_Oncologia_22a_edicao_23_05_2016.pdf. Acesso em: 10 mai. 2017.
- CACCELLI, EMN.; PEREIRA, MLM.; PAPOPORT, A. **Avaliação da mucosite e xerostomia como complicações do tratamento de radioterapia no câncer de boca e orofaringe.** Rev. Bras. Cir. Cabeça e Pescoço, 38(2):80-85, 2009.
- CARRAD, VC. *et al.* **Álcool e câncer bucal: considerações sobre os mecanismos relacionados.** Revista Brasileira de Cancerologia, 54(1):49-56, 2008
- CASATI, MFM. *et al.* **Head and neck cancer epidemiology in Brasil: populational based cross-sectional study.** Rev Bras Cir Cabeça Pescoço, 42(4):186-191, 2012
- CASTANHO, IA. *et al.* **Relationship between the phase angle and volume of tumours in patients with lung cancer.** Annals of Nutrition and Metabolism, 62(1):68-74, 2013.
- CHAVONI, RC.; SILVA, PB.; RAMOS, GHA. **Diagnóstico nutricional de pacientes do serviço de cabeça e pescoço e sua relação com a disfagia em um hospital oncológico do Paraná.** Rev Bras

Cir Cabeça Pescoço, 43(1):35-41, 2014

CORONHA, AL.; CAMILO, ME.; RAVASCO, P. **A importância da composição corporal no doente oncológico.** Acta Med Port, 24(54):769-778, 2011.

EICKEMBERG, M. *et al.* **Bioimpedância elétrica e sua aplicação em avaliação nutricional.** Revista de Nutrição, 24(6):883-893, 2011.

FELIPPU, AWD. *et al.* **Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer.** Braz J Otorhinolaryngol, 82(2):140-143, 2016.

FU, Y. *et al.* **A preoperative nutritional index for predicting cancer-specific na overall survival in chinese patients with laryngeal cancer.** Medicine, 95:11, 2016.

GAETTI-JARDIM, EC. *et al.* **Carcinoma de células escamosas de grandes dimensões.** Revista Odontológica de Araçatuba, 31(2):9-13, 2010.

GALBIATTI, ALS. *et al.* **Head and neck cancer: causes, prevention and treatment.** Braz J Otorhinolaryngol, 79(2):239-47, 2013.

HUI, D. *et al.* **Phase Angle for Prognostication of Survival in Patients with Advanced Cancer: Preliminary Findings.** Cancer, 120(4):2207-2214, 2014.

KYLE, UG. *et al.* **Bioelectrical impedance analysis— part II: utilization in clinical practice.** Clin Nutr, 23:1430–1453, 2004.

LANGIUS, JAE. *et al.* **Prediction model to predict critical weight loss in patients with head and neck câncer during (chemo)radiotherapy.** Oral Oncology, 52:91-96, 2016.

MAIO, R. *et al.* **Estado Nutricional e Atividade Inflamatória no Pré-operatório em pacientes com cânceres da cavidade oral e da orofaringe.** Revista Brasileira de Cancerologia, 55(4):345-353, 2009.

MASSALSKA-MALECKA, T. *et al.* **Bioelectrical impedance phase angle and subjective global assessment in detecting malnutrition among newly diagnosed head and neck câncer patients.** Eur Arch Otorhinolaryngol, 2015.

MIYAMOTO, KN. *et al.* **Tratamento do carcinoma epidermóide de orofaringe com quimioterapia e radioterapia.** Rev Bras Cir Cabeça Pescoço, 43(1):1-5, 2014.

MOTTA, RST.; CASTANHO, IA.; VELARDE, LGC. **Cutoff point of the phase angle in pre-radiotherapy cancer patients.** Nutrición Hospitalaria, 32(5):2253-3360, 2015.

PAIVA, MDEB. *et al.* **Complicações orais decorrentes da terapia antineoplásica.** Arquivos em Odontologia, 46(1), 2010.

REBOUÇAS, LM. *et al.* **Impacto da nutrição enteral na toxicidade aguda e na continuidade do tratamento dos pacientes com tumores de cabeça e pescoço submetidos a radioterapia com intensidade modulada.** Radiol Bras, 44(1):42-46, 2011.

SANTOS, FBG.; VASCONCELOS-RAPOSO, JJB.; FIGUEIREDO, MCT. **Correlation between symptoms and course duration of upper aerodigestive tract cancer at early and advanced stages.** Braz J Otorhinolaryngol, 79(6): 673-80, 2013.

SANTOS, LCO.; BATISTA, OM.; CANGUSSU, MCT. **Characterization of oral câncer diagnostic delay in the state of Alagoas.** Braz J Otorhinolaryngol, 76(4):416-22, 2010.

SANTOS, MA.; DANESI, CC.; PINHEIRO, BH. **Relação entre sobrevida dos pacientes com carcinoma espinocelular de cavidade bucal e estadiamento patológico, operados no Hospital da Universidade Federal de Santa Maria, RS.** Rev Bras Cir Cabeça Pescoço, 43(1):23-28, 2014.

SASSI, LM.; MACHADO, RA. **Head and Neck pre radiotherapy protocol.** Rev Bras Cir Cabeça Pescoço, 38(3):208-210, 2009.

SEGRETO, HRC.; GIORDANI AJ.; SANTOS RCS. **Mucosite em pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioquimioterapia.** Rev Ex Enferm, 45(6):1338-44, 2012.

SILVA, RGB. *et al.* **Avaliação da xerostomia em pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos ao tratamento radioterápico.** Revista Contexto & Saúde, 17(32), 2017.

SOUZA, AR. *et al.* **Perfil clínico epidemiológico de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em hospital de referencia.** Rev Soc Bras Clin Med, 14(3):129-32, 2016.

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL EM PACIENTES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO: ESTUDO LONGITUDINAL

Natália Fernandes dos Santos

Hospital de Câncer de Pernambuco, Recife-
Pernambuco.

Rayara TÁCILA FERREIRA SANTOS

Hospital de Câncer de Pernambuco, Recife-
Pernambuco.

Kezia Cristina dos Santos Cunha

Hospital de Câncer de Pernambuco, Recife-
Pernambuco.

Andrea Cláudia Menezes Paz Barros

Hospital de Câncer de Pernambuco, Recife-
Pernambuco.

Isabel Cristina Leal

Hospital de Câncer de Pernambuco, Recife-
Pernambuco.

Laís Leilane Bastos Silva

Hospital de Câncer de Pernambuco, Recife-
Pernambuco.

Ana Paula Ferreira dos Santos Laís

Hospital de Câncer de Pernambuco, Recife-
Pernambuco.

Ana Carolina Pereira de Mello Moura

Hospital de Câncer de Pernambuco, Recife-
Pernambuco.

Kleres Luciana Gomes Dias da Silva

Hospital de Câncer de Pernambuco, Recife-
Pernambuco.

Edla Karina Cabral

Hospital de Câncer de Pernambuco, Recife-
Pernambuco.

Tamires Regina da Silva Cunha

Hospital de Câncer de Pernambuco, Recife-

Pernambuco.

RESUMO: O câncer e a terapia antineoplásica repercutem de diversas formas no estado nutricional do paciente. A quimioterapia é uma das opções de terapia antineoplásica, que pode influenciar significativamente a ingestão alimentar e conseqüentemente o estado nutricional do paciente. Objetivo do trabalho foi caracterizar o estado nutricional dos pacientes em tratamento quimioterápico e avaliar a evolução do estado nutricional ao longo da terapia antineoplásica. Quanto a metodologia o estudo é transversal, analítico, retrospectivo, longitudinal, com análise de prontuário e fichas de atendimento nutricional de adultos hospitalizados para tratamento quimioterapia no Hospital de Câncer de Pernambuco entre agosto 2016 a março de 2018. Este estudo identificou a presença de desnutrição em aproximadamente metade dos pacientes no início do tratamento quimioterápico, sendo que esta condição piora ao longo do tratamento. A perda de peso e o risco nutricional também foram condições frequentes. Assim, torna-se primordial que todos os pacientes sejam acompanhados e monitorados durante o período do tratamento quimioterápico para melhorar a resposta à terapia antineoplásica.

PALAVRAS-CHAVE: Quimioterapia; Estado

NUTRITIONAL STATUS ASSESSMENT IN PATIENTS IN CHEMOTHERAPEUTIC TREATMENT: LONGITUDINAL STUDY

ABSTRACT: Cancer and antineoplastic therapy have different repercussions on the nutritional status of the patient. Chemotherapy is one of the options for antineoplastic therapy, which can significantly influence food intake and consequently the nutritional status of the patient. The objective of this study was to characterize the nutritional status of patients undergoing chemotherapy and to evaluate the evolution of nutritional status throughout the antineoplastic therapy. Regarding the methodology, the study is transversal, analytical, retrospective, longitudinal, with an analysis of medical charts and charts of nutritional care for hospitalized adults for chemotherapy treatment at the Hospital de Câncer de Pernambuco between August 2016 and March 2018. This study identified the presence of malnutrition in approximately half of the patients at the beginning of the chemotherapy treatment, and this condition worsens throughout the treatment. Weight loss and nutritional risk were also frequent conditions. Thus, it is paramount that all patients are monitored and monitored during the course of chemotherapy to improve the response to antineoplastic therapy.

KEYWORDS: Chemotherapy; Nutritional status; Longitudinal study.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença crônica não transmissível (DCNT), resultante do acúmulo de alterações genéticas adquiridas ou herdadas que levam a proliferação de células anormais de forma descontrolada que podem se disseminar pelo corpo (WHO, 1997). O câncer vem apresentando um aumento drástico na sua incidência nas últimas décadas, tornando-se um importante problema de saúde pública, no âmbito nacional e mundial. No Brasil, configura-se como problema de saúde pública de dimensões nacionais, de forma que as neoplasias ganharam importância crescente no perfil de mortalidade do país, ocupando o segundo lugar de óbito por doença na população brasileira (INCA, 2015).

Devido a complexidade da doença, o câncer requer diferentes métodos de controle. O tratamento dos pacientes oncológicos engloba quimioterapia, imunoterapia, hormonioterapia e radioterapia, e a escolha do método depende do estado de morbidade do paciente, bem como, do tipo de neoplasia (DIAS, 2006).

Um dos tratamentos utilizados é a quimioterapia, que inclui o uso de medicamentos para controlar ou curar o câncer. É a forma de tratamento sistêmico do câncer que usa medicamentos denominados genericamente de “quimioterápicos” que são administrados continuamente ou a intervalos regulares, que variam de acordo com os esquemas terapêuticos. A quimioterapia quanto a finalidade, pode ser para controle

temporário da doença, curativa, paliativa, adjuvante e neoadjuvante (BRASIL, 2013).

Ademais, o tratamento instituído, a medicação utilizada, dose e frequência das medicações, interferem significativamente na ingestão alimentar, aumentando a gravidade da depleção nutricional desses pacientes. Sendo assim, o estado nutricional fica muito suscetível a possíveis depleções, e os sintomas gastrintestinais tendem a influenciar cada vez mais no quadro de desnutrição.

Dessa forma, a terapia nutricional, e a identificação precoce do estado nutricional do paciente, é de suma importância nesse período de grandes deteriorações. Pacientes que recebem um ótimo atendimento nutricional têm taxa de sobrevivência aumentada e se adaptam melhor aos programas de reabilitação. Portanto, considerando todos os aspectos supracitados, o objetivo desse trabalho foi caracterizar o estado nutricional dos pacientes em tratamento quimioterápico e avaliar a evolução do estado nutricional ao longo da terapia antineoplásica.

2 | MÉTODOS

Estudo transversal, analítico, retrospectivo com análise de prontuário e fichas de atendimento nutricional de adultos hospitalizados no Hospital de Câncer de Pernambuco. A amostra foi por conveniência, composta por todos os pacientes admitidos e avaliados na Enfermaria de Oncologia Clínica do hospital, no período de agosto de 2016 a março de 2018. Os dados foram obtidos por meio de coleta de dados registrados nas fichas de acompanhamento nutricional, que fazem parte da rotina de atendimento ao paciente. Nessa pesquisa foram incluídos os pacientes com diagnóstico de neoplasia confirmado por biópsia, idade ≥ 18 anos, internados para tratamento quimioterápico. Foram excluídos pacientes com idade inferior a 18 anos, no pós-operatório imediato de cirurgias, que apresentassem ascite, anasarca, amputação de membros inferiores e gestantes. Foram coletados dados de demográficos, clínicos e nutricionais.

Dados demográficos e clínicos

As informações demográficas avaliadas foram a idade e sexo, e as informações clínicas incluíram diagnóstico nosológico, e as comorbidades existentes.

Dados nutricionais

Todas as mensurações foram obtidas por nutricionista, que seguem os procedimentos técnicos estabelecidos pela OMS para obtenção de medidas. Foram realizadas a triagem de risco nutricional e as variáveis antropométricas de peso, altura, índice de massa corporal (IMC), Circunferência do braço (CB).

Triagem Nutricional

O *Nutritional Risk Screenig* – NRS, 2002, é uma ferramenta que avalia o risco nutricional do paciente. A ferramenta é composta de questões referentes ao IMC, perda de peso não intencional em três meses, apetite, nível de ingestão e fator de estresse da doença. A idade acima de 70 anos é considerada como um fator de risco adicional para ajustar a classificação do estado de risco nutricional. A pontuação maior ou igual a 3 será considerada para definição do risco nutricional (KONDRUP, 2003).

Mensurações Antropométricas

Para mensuração do peso corporal foi usada uma balança digital do tipo plataforma da marca *Welmy*, com capacidade máxima de 150 Kg e sensibilidade de 100g. Os participantes foram pesados em pé, descalços e com roupas leves.

A altura foi verificada utilizando estadiômetro da marca *Welmy®*, acoplado à balança e com altura máxima de 2,0 metros e frações de 5 cm. Para sua obtenção, os pacientes são mantidos em posição ereta, descalços, com os calcanhares juntos, costas retas e membros superiores pendentes ao longo do corpo (LOHMAN, 1988). Na impossibilidade de paciente manter-se em posição ereta para a aferição da altura, a mesma foi estimada de acordo com a equação propostas por CHUMLEA et al (1998).

O IMC foi obtido a partir do cálculo do peso (Kg) dividido pela altura (m) ao quadrado. Para a classificação do estado nutricional segundo o IMC, foi utilizado o ponto de corte proposto pela OMS (1998) para adultos e por Lipschitz (2004) para idosos.

A CB foi realizada no braço não dominante, no ponto médio entre o acrômio e o olecrano. O resultado foi comparado com os valores de referência demonstrados por Frisancho (1981), para a faixa etária dos adultos e a NHANES III (*National Health and Nutrition Examination Survey*), 1988-1991, foi usado para classificar os idosos. A classificação dos resultados foi de acordo com Blackburn e Thornton, (1979), sendo considerada desnutrição quando percentual de adequação inferior a 90% do percentil 50 da tabela de referência.

Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE: 88558518.3.0000.5205).

Análise Estatística

A tabulação e análise dos dados foram realizadas com o auxílio do Excel 2007 e do pacote estatístico SPSS versão 13.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Foi realizada

análise descritiva das variáveis mediante cálculo das distribuições de frequência e medidas de tendência central.

3 | RESULTADOS

A amostra foi composta de 339 pacientes, prevalecendo o sexo feminino (51%), e indivíduos adultos (60,5%) acompanhados durante os ciclos de quimioterapia. Prevaleram os pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço, gastrointestinal, câncer de mama e câncer hematológico (**Tabela 1**). No início do tratamento o estado nutricional prevalente foi o de eutrofia (45,7%) e obesidade (31,9%). No início do tratamento o risco nutricional esteve presente em 39% dos pacientes (**Tabela 2**). Após várias sessões de quimioterapia o estado nutricional mais prevalente foi de eutrofia (44,6%) e desnutrição (30,9%) e o risco nutricional ocorreu em 75% dos pacientes. A média de perda de peso durante o tratamento foi de 7,7% ($\pm 7,1$). O tratamento quimioterápico resultou em perda de peso em 60,6% dos pacientes, enquanto 36,0% destes apresentaram algum grau de ganho de peso (**Tabela 3**). A terapia nutricional oral foi usada em 44,9% dos pacientes.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	166	51,0
Feminino	173	49,0
Idade		
Adulto	205	60,5
Idoso	134	39,5
Comorbidades		
Hipertensão	99	30,7
Diabetes	43	13,4
Tipo de Câncer		
Cabeça e pescoço	38	11,3
Gastrointestinal	118	35,2
Mama	63	18,8
Orgãos sexuais e trato urinário	29	8,7
Linfoma e Leucemia	67	20,0
Outros	11	3,3

Tabela 1. Características demográficas e clínicas de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico hospitalizados na clínica oncológica do Hospital de Câncer de Pernambuco, Brasil, 2015-2016.

Variáveis	n	%
IMC		
Desnutrição	76	22,4
Eutrofia	155	45,7
Excesso de Peso	108	31,9
CB		

Desnutrição	172	55,0
Eutrofia	107	34,2
Excesso de Peso	34	10,9
Risco Nutricional		
Sim	87	39,0
Não	136	61,0

*IMC: Índice de Massa Corporal; CB: Circunferência do Braço; Risco Nutricional: avaliado pelo *Nutritional Risk Screen*.

Tabela 2. Caracterização do estado nutricional, de acordo com os parâmetros antropométricos, na admissão dos pacientes hospitalizados na clínica oncológica do Hospital de Câncer de Pernambuco, Brasil, 2015-2016.

Variáveis	Prevalência Inicial		Prevalência Final	
	n	%	n	%
IMC				
Desnutrição	76	22,4	54	30,9
Eutrofia	155	45,7	78	44,6
Excesso de Peso	108	31,9	43	24,6
Risco Nutricional				
Sim	87	39,0	18	25,0
Não	136	61,0	54	54,0

*IMC: Índice de Massa Corporal; Risco Nutricional: avaliado pelo *Nutritional Risk Screen*.

Tabela 3. Evolução da condição nutricional pelo índice de massa corporal (IMC) dos pacientes hospitalizados na clínica oncológica do Hospital de Câncer de Pernambuco, Brasil, 2015-2016.

4 | DISCUSSÃO

O presente estudo revelou que a maioria dos pacientes avaliados foi do sexo feminino, podendo isso ser justificado pelo fato de que culturalmente as mulheres buscam os serviços de saúde com mais frequência que os homens.

Nesse estudo observamos que a maioria dos pacientes se encontravam eutróficos ou com algum grau de excesso de peso no início do tratamento. Esse achado é muito importante visto que pacientes que iniciam a o tratamento quimioterápico com algum grau de deficiência nutricional podem apresentar resultados adversos ao longo do tratamento, tendo que muitas interromper o tratamento (Dewys , 1980)..

É importante destacar que ao longo do tratamento observamos um elevado número de pacientes apresentaram perda ponderal que resultou na migração de pacientes da condição de excesso de peso para eutrofia e de eutrofia para desnutrição. A piora da condição nutricional pode resultar em maior toxicidade às drogas, resposta clínica desfavorável à terapia antineoplásica, piora da qualidade de vida e redução da sobrevida (DEWYS , 1980).

Além disso, a perda ponderal, independentemente, do peso habitual do indivíduo,

é considerada por si só um processo de depleção nutricional, mesmo que, após as alterações corporais, o paciente permaneça dentro dos padrões de normalidade (SPLETT, ROTH-YOUSEY, VOGELZANG, 2003).

Neste estudo a prevalência de desnutrição no início do tratamento quimioterápico foi de 22,4% segundo o IMC, diferente do estudo de Tartari (2009) que encontrou prevalência de 10% de desnutrição. Quando avaliado o risco nutricional no início do tratamento observamos que o risco nutricional foi elevado (39%), e foi independente da condição de desnutrição. Esse resultado foi semelhante ao trabalho de Colling (2012) que encontrou o risco nutricional utilizando a Avaliação Subjetiva Global em 34,9% da amostra.

É notável que quando o estado nutricional foi avaliado através da CB a prevalência de desnutrição mais que duplicou, aproximando-se dos valores encontrados no Inquerito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI) (WAITZBERG, CAIAFFA, CORREIA, 2001). Esse resultado infere que é possível que ocorra subestimação da desnutrição quando se realiza o diagnóstico nutricional por meio do IMC, visto que este parâmetro não é capaz de refletir a composição corporal (SANTOS et al, 2014).

A perda de peso pode ser na maioria das vezes o primeiro sintoma apresentado pelo paciente oncológico, e essa perda ponderal pode ser agravada de acordo com a localização do tumor e o tipo de tratamento. Em especial pacientes em tratamento quimioterápico apresentam maior risco nutricional visto que a maioria dos agentes quimioterápicos comumente utilizados resultam em anorexia, náuseas, vômitos, estomatite, diarreia e necrose da mucosa do cólon, ou seja, sintomas gastrintestinais favorecendo o comprometimento do estado nutricional (BODINSK, 2001). Sendo assim, o estado nutricional fica muito suscetível a possíveis depleções, e os sintomas gastrintestinais tendem a influenciar cada vez mais no quadro de desnutrição. No presente 60,6% dos pacientes apresentaram algum grau de perda de peso ao fim do tratamento.

No entanto, 36% dos pacientes apresentaram ganho de peso durante o tratamento. É reconhecido que alguns protocolos quimioterápicos podem influenciar na composição corpórea das pacientes. Algumas drogas utilizadas, como os glicocorticoides e a terapia hormonal, promovem retenção hídrica, diminuição de massa magra e aumento de gordura corporal podendo aumentar a predisposição à hipertensão (VERDE, 2017). O excesso de peso pode predispor o aparecimento de algumas doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares e a diabetes. Além disso, a obesidade pode causar mudanças na farmacocinética de algumas drogas. Em obesos a droga pode ter seu metabolismo alterado de acordo com o grau de lipoafinidade. Além disso, Algumas drogas antineoplásicas são insolúveis em lipídios e podem ser mal distribuídas no tecido adiposo (Cheymol, 2000; Navarro, 2003).

A terapia nutricional oral (TNO), também chamada de suplementos nutricionais foi usada por 44,9% dos pacientes deste estudo. A suplementação oral é uma das intervenções nutricionais que pode ser usada a fim de aumentar o aporte proteico-

energético dos pacientes. A TNO é considerada um método simples e não invasivo, sendo sempre indicado quando o paciente encontra-se em risco nutricional, ou baixa ingestão alimentar.

O rastreio e a identificação do estado nutricional precoce permite uma intervenção mais ágil e assim o tratamento adequado de distúrbios nutricionais que podem surgir ou ser agravados ao longo do tratamento.

O fato de o estudo ter sido realizado em um único serviço, e ter tido metodologia retrospectiva com amostra selecionada por conveniência, não a tornando representativa da população, pode ser considerado uma limitação do estudo. No entanto, como pontos importantes desse estudo temos uma amostra grande, de um hospital de referência de oncologia. Além disso, todos os dados utilizados para pesquisa foram oriundos de registros de médicos e nutricionistas especialistas com grande experiência no tema.

5 | CONCLUSÕES

Este estudo identificou a presença de desnutrição em aproximadamente metade dos pacientes no início do tratamento quimioterápico, sendo que esta condição piora ao longo do tratamento. A perda de peso e o risco nutricional também foram condições frequentes.

Diante do exposto, concluímos que pacientes oncológicos e em especial aqueles tratamento quimioterápico são um grupo de risco para ocorrência de distúrbios nutricionais e que desta forma torna-se primordial que todos os pacientes sejam acompanhados e monitorados durante o período do tratamento quimioterápico, a fim de conhecer e manter o estado nutricional, melhorar a recuperação e preservar a qualidade de vida nesses pacientes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 2013.

BLACKBURN GL et al. Nutricional and metabolic assessment of the hospitalized paciente. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v.1,n.1,p.11-12, 1979.

CHEYMOL G. Effects of obesity on pharmacokinetics implications for drug therapy. **Clinical Pharmacokinetics**, v39, n. 3, p.215-31, 2000.

CHUMLEA, W. C. et al. Stature prediction equations for elderly non-hispanic white, non-hispanic black, and mexican-american person developed from NHANES III data. **Journal of American Dietetic Association**, v. 98, n. 2, p. 137-42, 1998.

DEWYS W.D et al. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. **American Journal of Medicine**, v.69, n.4, p. 491-497, 1980.

DIAS, M.V. et al. O grau de interferência dos sintomas gastrintestinais no estado nutricional do paciente com câncer em tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v.21,n.3, p. 211-8, 2006

Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

KONDRUP J, et al. ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition) guidelines for nutrition screening 2002. **Clinical Nutritional**, v22, n4, p.415-421, 2003.

LIPSCHITZ, D.A. Screening for nutrition status in the elderly. **Primary Care**, v.21, n.1, p.55-67, 1994.

LOHMAN, T.G.; ROCHE, A.F.; MARTORELL, R. Anthropometric standardization reference manual. **Human Kinetics**, 1988

NAVARRO, W.H. Impact of obesity in the setting of high-dose chemotherapy. **Bone Marrow Transplant**, v.31, p.961-966, 2003.

ODELLI, C. et al. Nutrition support improves patient outcomes, treatment tolerance and admission characteristics in oesophageal cancer. **Clinical Oncology journal**, v17, n.8, p639-45, 2005.

SANTOS, C.A et al. Influencia do Genero e do Tipo de Tratamento nos Parametros Nutricionais de Idosos em Oncologia. **Revista Brasileira Cancerologia**. v.60, n2, p.143-50, 2014.

SPLETT, PL; ROTH-YOUSEY, L.L.; VOGELZANG, J.L. Medical nutrition therapy for the prevention and treatment of unintentional weight loss in residential healthcare facilities. **Journal of the American Dietetic Association**, v103, p.352-62, 2003.

VERDE, S.M.M.L. Impacto do tratamento quimioterápico no estado nutricional e no comportamento alimentar de pacientes com neoplasia mamária e suas conseqüências na qualidade de vida [dissertação]. São Paulo: **Universidade de São Paulo**; 2007.

WAITZBERG, D.L; CAIAFFA, W.T, CORREIA, M.I.T.D. Hospital Malnutrition: The Brazilian National Survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. **Nutrition**. p.17: 573-80, 2001.

WORLD CANCER RESEARCH FUND. FOOD, nutrition and prevention of cancer: A global perspective. Washington: **American Institute for Cancer Research**; p.35-71, 508-40, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO Technical Report Series 894. World Health Organization, 1998.

CIRCUNFERÊNCIA DO PESCOÇO: NOVA MEDIDA ANTROPOMÉTRICA PARA RASTREAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA EM ADOLESCENTES

Ines Maria Crespo Gutierrez Pardo

Professora Doutora de Medicina na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUCSP
doctorpardo@hotmail.com;

Elias Barbosa Cabral

Graduando de Medicina na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUCSP
eliasbcabral@gmail.com;

Jéssica Rolli Haddad

Graduando de Medicina na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUCSP
Departamento de Pediatria da Universidade Católica de São Paulo – PUCSP
jessicahaddad_226@hotmail.com.

Sorocaba, São Paulo. Brasil

Agência Financiadora: *PIBIC-CEPE* PUCSP

RESUMO: O trabalho objetivou avaliar a correlação da circunferência do pescoço com resistência insulínica e com componentes da síndrome metabólica em adolescentes púberes. Realizou-se um estudo transversal no qual se avaliaram 36 adolescentes púberes, de 10 a 19 anos que acompanham regularmente em ambulatório de Saúde na Adolescência. Os adolescentes foram submetidos à avaliação antropométrica, incluindo circunferência do pescoço, da cintura e razão cintura/estatura, e avaliação de bioquímica do prontuário. O

estudo foi aprovado pelo comitê de ética local sendo assinado o termo de consentimento livre pelo responsável e assentido pelo adolescente. Os dados foram analisados pelo programa estatístico SPSS sendo adotado nível de significância de 5%. Do total dos adolescentes 19 eram do sexo feminino e 17 do sexo masculino. A circunferência do pescoço média do sexo masculino foi de $37,09 \pm 1,25$ e do sexo feminino foi de $35,68 \pm 0,69$, sem diferença entre os sexos ($p=0,35$). A razão cintura/estatura média do sexo masculino foi de $0,61 \pm 0,14$ e do sexo feminino foi de $0,59 \pm 0,01$, sem diferença entre os sexos ($p=0,75$). Houve correlação positiva entre a circunferência do pescoço com as seguintes variáveis: índice de massa corpórea ($p=0,000$), circunferência abdominal ($p=0,000$), razão cintura/estatura ($p=0,01$) e HOMA-IR ($p=0,02$). A circunferência do pescoço correlacionou-se com parâmetros importantes de avaliação da síndrome metabólica sendo um instrumento útil para triagem de adolescentes com este quadro.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome metabólica. Pediatria. Circunferência do Pescoço. Obesidade na Adolescência.

NECK CIRCUMFERENCE: NEW ANTHROPOMETRIC MEASUREMENT TO TRACK THE METABOLIC SYNDROME IN

ABSTRACT: The objective of this study was to evaluate the correlation of neck circumference with insulin resistance and components of the metabolic syndrome in pubertal adolescents. A cross-sectional study was carried out in which 36 pubescent adolescents, aged 10 to 19 years, were evaluated and followed regularly in a health clinic for adolescents. The adolescents were submitted to anthropometric evaluation, including neck circumference, waist and waist / height ratio, and biochemical evaluation of the medical record. The study was approved by the local ethics committee and the consent form was signed by the person responsible and the adolescent. The data were analyzed by the SPSS statistical program and a significance level of 5% was adopted. Of the total number of adolescents, 19 were female and 17 were male. The mean male neck circumference was 37.09 ± 1.25 and the female sex was 35.68 ± 0.69 , with no difference between the sexes ($p = 0.35$). The mean waist / height ratio of males was 0.61 ± 0.14 and female was 0.59 ± 0.01 , with no difference between the sexes ($p = 0.75$). There was a positive correlation between neck circumference with the following variables: body mass index ($p = 0.000$), waist circumference ($p = 0.000$), waist / height ratio ($p = 0.01$) and HOMA-IR ($p=0,02$). The circumference of the neck correlated with important parameters of metabolic syndrome evaluation, being a useful tool for screening adolescents with this condition.

KEYWORDS: Metabolic syndrome. Pediatrics. Circumference of the Neck. Obesity in Adolescence.

INTRODUÇÃO

A síndrome metabólica (SM) trata de uma entidade caracterizada pela presença de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes e obesidade abdominal. Esta síndrome acompanha-se de resistência à insulina, responsável pelo aparecimento de alterações hemodinâmicas, inflamatórias e endoteliais, que pode ocorrer em qualquer idade, elevando o risco cardiovascular (1).

Não existe ainda consenso em relação aos critérios utilizados para o diagnóstico da SM. Além disso, não há padronização sobre a medida de circunferência abdominal em crianças. Alguns autores padronizam medidas por faixa etária e consideram elevada a medida acima do percentil 90. O que se tem de publicações das instituições sobre critérios diagnósticos da SM está resumido na tabela 1(2) including in the pediatric age group. SOURCES: Indexed review articles. SUMMARY OF THE FINDINGS: The metabolic syndrome is characterized by insulin resistance and the presence of risk factors for cardiovascular diseases and diabetes mellitus type 2. Consensus has not yet been reached on its diagnostic criteria. This review presents diagnostic criteria defined by the American Heart Association (US National Cholesterol Education Program , em anexo. Os exames de imagem — tomografia computadorizada, ressonância magnética e absorptometria radiológica de dupla energia — são considerados padrão-ouro como

ferramentas para avaliar a adiposidade corporal, porém sua realização é limitada e de alto custo.

O IMC é a medida mais utilizada para o diagnóstico de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes, porém nem sempre é capaz de avaliar o risco de complicações endócrinas e metabólicas em nível individual, pois não permite avaliar a distribuição de gordura corporal. A medida da Circunferência da Cintura tem sido utilizada no diagnóstico de SM, para prever a resistência insulínica (RI) e na avaliação de fatores de risco para doença cardiovascular (DCV) em adolescentes, porém existem limitações nessa faixa etária, como ausência de metodologia padrão para aferição, falta de padrão internacional devido à variação étnica, ausência de ponto de corte para risco cardiovascular e metabólico, dificuldades práticas de aferição, especialmente no inverno, devido à necessidade de remoção de roupas, com ênfase psicológica nesse grupo etário. Como alternativa à circunferência de cintura (CC), estudos em adultos têm sugerido a utilização da circunferência do pescoço (CP) como indicador antropométrico mais simples, prático, não influenciado pela distensão abdominal pós-prandial ou por movimentos respiratórios e que fornece resultados consistentes para indicar o acúmulo de gordura subcutânea da parte superior do corpo. O aumento da CP associa-se a riscos cardiometabólicos, tanto quanto a gordura visceral abdominal. (3).

Apesar de apresentar um impacto significativo na população adulta, doença cardiovascular aterosclerótica e morte são raras em indivíduos mais jovens, porém os processos patológicos e fatores de risco associados ao seu desenvolvimento têm, comprovadamente, seu início na infância. (4).

A avaliação da Circunferência do Pescoço em crianças e adolescentes para se verificar existência da Síndrome Metabólica se faz útil devido ao constrangimento dessa faixa etária em se despir, bem como a possibilidade de se utilizar uma nova medida antropométrica para se avaliar a SM. O presente estudo teve por objetivo Avaliar a correlação da circunferência do pescoço com resistência insulínica e com componentes da síndrome metabólica em adolescentes púberes, bem como determinar a circunferência do pescoço média conforme o sexo como medida antropométrica útil na triagem para adolescentes com síndrome metabólica.

METODOLOGIA

Estudo transversal com avaliação de 36 adolescentes, púberes, atendidos no ambulatório de Saúde do Adolescente da Policlínica Municipal Dr Edward Maluf de Sorocaba na faixa etária de 10 a 19 anos, de ambos os sexos, diagnosticados como resistentes a insulina e portadores de síndrome metabólica. A amostra foi selecionada por conveniência, sendo excluídos do estudo aqueles que possuísem presença de massa cervical ou deformidades do pescoço, bócio, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, síndromes genéticas, hepatopatia, nefropatia, distúrbios metabólicos

(como diabetes tipo 1, hipertireoidismo, hipotireoidismo) e uso de corticoide sistêmico. O estudo visou, primariamente, avaliar por meio da medida da circunferência do pescoço aferida na linha média do pescoço (5), a existência da Síndrome, bem como os demais dados antropométricos – circunferência abdominal, aferida no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca (6).

A participação na pesquisa foi condicionada a partir da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme orientação da Resolução 196/96 referente a pesquisas envolvendo seres humanos.

Os dados antropométricos (peso e altura) foram obtidos no Ambulatório de Hebiatria e Endocrinologia da Policlínica de Sorocaba, com balança antropométrica disponível no local. As medidas de peso e estatura foram realizadas pelo mesmo pesquisador, estando o adolescente com roupas leves e descalço.

Para a classificação do estado nutricional, foram usadas as curvas desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde (7) em 2007 e adotadas pela Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde do Brasil. Segundo esta classificação, considera-se os pontos de corte para sobrepeso e obesidade os percentis 85 e 97, respectivamente.

A aferição da pressão arterial foi realizada após 5 minutos de repouso, na posição sentada, no membro superior direito apoiado à altura do coração, com tensiômetro de coluna de mercúrio. Foram utilizados manguitos com largura de 40% da circunferência do braço, medida no ponto médio entre o cotovelo e o acrômio, e comprimento de 80% a 100% dessa medida. Foi registrada a média de três leituras consecutivas, feitas com intervalo de 60 segundos. A pressão arterial sistólica (PAS) foi determinada na fase I de Korotkoff e a pressão arterial diastólica (PAD) na fase V de Korotkoff. O valor da PA foi classificado, segundo o Task Force on “High Blood Pressure in Children and Adolescents from the National High Blood Pressure Education Program”¹⁷, como normal (< p90), normal alto (p90 e < p95), e hipertensão (p95), levando em conta idade, gênero e altura. Foi considerado elevado o valor da pressão arterial (PA) (p90), de acordo com idade, gênero e percentil de altura (8) alunos de escolas públicas e privadas. Foram calculados IMC, classificado como normal alto (>p50 p85 p95).

A maturação sexual foi definida por autoavaliação, segundo os critérios propostos por Tanner (9) para a classificação em pré-púberes (1-2) e púberes (3-5), considerando-se as mamas no sexo feminino e a genitália externa no masculino.

Também avaliamos os prontuários dos pacientes para colher dados laboratoriais como: Glicemia de Jejum, *High Density lipoprotein* (HDL), *Low Density lipoprotein* (LDL), hemoglobina glicada, triglicérides (TG), Colesterol total (CT), teste de tolerância a glicose, para afirmar ou negar a existência de Síndrome Metabólica.

A Resistência a Insulina foi avaliada pelo índice Homeostasis Model Assessment – Insulin Resistance (HOMA1-IR), calculado a partir da equação $HOMA1-IR = \text{insulina de jejum (mU/L)} \times \text{glicemia de jejum (mmol/L)} \text{ dividido por } 22,5$ (10) (11). O ponto de corte a ser utilizado do índice HOMA1-IR foi o percentil 75 da amostra

avaliada, estratificado por sexo e estágio puberal, sendo HOMA1-IR $\geq 3,87$ e HOMA1-IR $\geq 4,19$ para o sexo feminino pré-púbere e púbere respectivamente; para o sexo masculino pré-púbere, foi utilizado o HOMA1-IR $\geq 3,85$ e, para os púberes, HOMA1-IR $\geq 3,77$. A partir disso se confrontou com dos dados obtidos no estudo de da Silva *et al* (3), realizando-se inferências estatísticas para análise dos resultados.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da FCMS – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, e independentemente dos resultados obtidos, os dados deste trabalho serão publicados e/ou apresentados em eventos científicos.

Os dados foram calculados estatisticamente no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Foram avaliadas médias, erro padrão das médias, teste não paramétrico de Mann Whitney e correlação de Spearman.

RESULTADOS

Do total de 36 adolescentes, 47,2% (n=17) eram do sexo masculino e 52,8% (n=19) do sexo feminino. 100% dos adolescentes estudados eram púberes e obesos. Verificou-se sedentarismos (<300 min de atividade física por semana) em 94,4% dos adolescentes.

Acantose nigricans foi observada em 47,2% do total dos sujeitos. Aproximadamente 20% dos adolescentes avaliados eram hipertensos (19,4%). 100% dos adolescentes apresentaram razão cintura-estatura > que 0,5. As características dos adolescentes segundo idade, antropometria e bioquímica estão demonstradas na tabela 2. Das variáveis estudadas apenas triglicérides, aspartato aminotransferase e alanina aminotransferase apresentaram diferença estatística significativa quanto ao sexo (p<0,05).

A correlação entre a circunferência do pescoço e as demais variáveis encontram-se na tabela 3. Observou-se correlação positiva entre Circunferência do pescoço e IMC (p=0,000 – figura 1), circunferência da cintura (p=0,000 – figura 2), razão cintura/estatura (p=0,01 – figura 3) e HOMA IR (p=0,02 – figura 4).

DISCUSSÃO

A circunferência de pescoço constituiu-se numa medida antropométrica extremamente útil na avaliação da síndrome metabólica em adolescentes, tendo sido proposta em vários estudos prévios. O presente estudo encontrou correlação positiva entre CP com IMC (Índice de Massa Corpórea), razão cintura/estatura, circunferência abdominal e HOMA-IR. A principal vantagem desta medida é a opção prática, fácil tanto para o examinador quanto para o adolescente, não influenciável pelo horário de avaliação (pré ou pós prandial) e de baixo custo, sendo de grande valor para estudo de triagem e utilização em serviços de saúde pública.

Um estudo com 6802 crianças e adolescentes chineses observou correlação

positiva entre CP-CC e CP-IMC (12). Outro trabalho com 581 crianças e adolescentes turcos de 5 a 18 anos, também encontrou-se a correlação significativa entre CP e zIMC e CC nos adolescentes pré púberes e púberes mesmo após ajuste para %GC e estágio puberal (13).

Nosso estudo é pioneiro em correlacionar a circunferência do pescoço com Razão Cintura-Estatura em adolescentes brasileiros portadores de síndrome metabólica. Vários estudos demonstraram que a razão cintura-estatura de 0,5 aponta risco metabólico. Em nosso estudo 100% dos adolescentes apresentaram razão cintura-estatura $>0,5$. Androutsos *et al* avaliaram 324 crianças e adolescentes gregos de 9 a 13 anos e encontraram correlação positiva entre CP e a razão cintura-estatura.

Quanto aos marcadores de resistência insulínica, Kurtoglu *et al* (13) encontraram correlação significativa entre CP-insulina e CP-HOMA IR. Já no presente estudo, encontramos correlação positiva entre CP e HOMA IR.

O trabalho espanhol com 2198 estudantes de 6 a 18 anos, de Castro-Piñero J, *et al* (14), encontrou correlação positiva entre a CP e todos os dados antropométricos pesquisados. Apresentou, também, correlação positiva Pressão Arterial Sistólica e Diastólica, Colesterol total/HDL, HOMA-IR, fatores de complemento C-3 e C-4, leptina, adiponectina e fator de risco para DCV em grupos em ambos os sexos (Risco Relativo 0,035 a 0,353, $p < 0,01$ para meninos, Risco Relativo de 0,024 a 0,215, $p < 0,001$ para meninas). Além disso, a CC foi positivamente associada à proteína reativa C do soro, LDL e visfatina apenas em meninos (Risco Relativo de 0,013 a 0,107, $p < 0,05$).

O estudo publicado no *Indian Pediatrics* em 2017 (15) com 1800 indivíduos de 10 a 16 anos, apresentou dados correlacionando CP e CC nos adolescente com sobrepeso e obesidade que foram significativamente maiores do que aqueles com índice de massa corporal normal ($P < 0,001$). Em 2017 também foi publicado um estudo (16) que buscou fornecer os valores de referência do percentil específico para idade e sexo para a CP das crianças e adolescentes iranianos; os autores obtiveram o percentil 90 de CP para meninos nos três períodos de idade escolar (7 a 10 anos), pré adolescência (11 a 14 anos) e adolescência (15 a 18 anos) de 24,2 a 30,0 cm, 26,6 a 33,2 cm e 30,1 a 38,5 cm, respectivamente. Para meninas, esses intervalos foram de 23,7 a 30,1 cm, 26,5 a 33,7 cm e 28,5 a 36 cm, respectivamente.

No trabalho de da Silva *et al* (3), a Circunferência do Pescoço (CP) apresentou correlação com os marcadores de obesidade, zIMC e Circunferência da Cintura em ambos os sexos, em pré-púberes e púberes. Entre os marcadores da Síndrome Metabólica, no sexo feminino, a Circunferência do Pescoço mostrou correlação positiva com Pressão Arterial Sistólica (PAS), Pressão Arterial Diastólica (PAD), Triglicérides, Ácido Úrico Plasmático (URAC), Gama Glutamil Transferase (GGT) e alanina-aminotransferase (ALT), sendo a correlação negativa com HDL-colesterol (HDL) nas púberes. No sexo masculino, houve correlação linear positiva entre CP, PAS, PAD, URAC e GGT nos pré-púberes, ao passo que, nos púberes, a CP apresentou correlação linear positiva com PAS, PAD, LDL, TG, URAC e GGT e correlação negativa com HDL.

Quanto aos marcadores de RI no sexo feminino, a CP apresentou correlação positiva com insulina e HOMA1-IR nas pré-púberes e púberes; já no sexo masculino, houve correlação positiva apenas nos púberes. Após ajuste para o %GC e estadió puberal, a CP correlacionou-se de forma positiva com zIMC, CC, PAS, PAD, insulina, HOMA1-IR, TG, URAC e GGT e de forma negativa, com HDL, em ambos os sexos. No sexo masculino, a CP correlacionou-se negativamente com Hemoglobina glicada. No sexo feminino, a CP correlacionou-se com ALT. O nosso estudo, por sua vez, ao trabalhar com adolescentes púberes observou correlação positiva entre Circunferência do pescoço e IMC, circunferência da cintura, razão cintura/estatura e HOMA IR.

O presente estudo apresenta limitações: trata-se de um estudo transversal com seleção de amostra por conveniência, não sendo possível estabelecer relação de causalidade. Outra limitação é o total de sujeitos, porém optamos por incluir neste estudo apenas adolescentes obesos, púberes, portadores de síndrome metabólica para evitar variáveis confundidoras na análise estatística. A circunferência do pescoço correlacionou-se com parâmetros importantes de avaliação da síndrome metabólica sendo um instrumento útil para triagem de adolescentes com este quadro, pela praticidade, simplicidade e baixo custo. Futuros estudos longitudinais são necessários para avaliar a relação entre CP e SM em adolescentes.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à instituição de ensino Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, pelo apoio, formação e incentivo à pesquisa; à agência financiadora da pesquisa PIBIC-CEPE PUCSP, pelo apoio financeiro aos pesquisadores; à prefeitura de Sorocaba pela autorização em se realizar o estudo na Policlínica Municipal Dr Edward Maluf; à Doutora Andrea Correa da Silva, pediatra endocrinológica que auxiliou na coleta de dados para o trabalho; e a todos os pacientes e pais envolvidos na pesquisa, pela gentileza e apoio em ajudar o desenvolvimento da pesquisa científica na área da medicina.

REFERÊNCIAS

De Oliveira CL, De Mello MT, Cintra IDP, Fisberg M. Obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. *Rev Nutr.* 2004;17(2):237–45.

Lottenberg SA, Glezer A, Turatti LA. Metabolic syndrome: identifying the risk factors. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2007;83(8):204–8. Available from: http://www.jped.com.br/conteudo/Ing_resumo.asp?varArtigo=1724&cod=&idSecao=1

da Silva CDC, Zambon MP, Vasques ACJ, Rodrigues AMDB, Camilo DF, Antonio MÂRDGM, et al. Neck circumference as a new anthropometric indicator for prediction of insulin resistance and components of metabolic syndrome in adolescents: Brazilian Metabolic Syndrome Study. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2014;32(2):221–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4183009&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Steinberger J. Diagnosis of the metabolic syndrome in children. *Ther Clin trials*. 2003;14:555–9.

Ben-Noun L, Laor A. Relationship of neck circumference to cardiovascular risk factors. *Obes Res*. 2003;11(2):226–31.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. *World Health Organ Tech Rep Ser*. WHO. 2000;1–253.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO child growth standards: methods and development. Length/ height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. 2007; Available from: <http://hpps.kbsplit.hr/hpps-2008/pdf/dok03.pdf>

Guimarães ICB, Almeida AM De, Santos AS, Barbosa DBV. Pressão Arterial: Efeito do Índice de Massa Corporal e da Circunferência abdominal em adolescentes. *Arq Bras Cardiol [Internet]*. 2008;90:426–32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2008000600007&script=sci_arttext&tlng=es

TANNER JM. Growth at adolescence. Oxford Blackwell Sci Publ. 1962;2.

MADEIRA IR, CARVALHO CNM, GAZOLLA FM, MATOS HJ DE, BORGES MA, MARIA ALICE NEVES BORDALLO. Ponto de corte do Índice Homeostatic Model Assessment for Insulin Resistance (HOMA-IR) avaliado pela curva Receiver operating Characteristic (ROC) na Detecção de Síndrome Metabólica em crianças pré-púberes com excesso de peso. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2008;52(9):1466–73.

Vasques ACJ, ROSADO LEFPL, ALFENAS RDCG, Geloneze B. Análise crítica do uso dos índices do Homeostasis Model Assessment (HOMA) na avaliação da resistência à insulina e capacidade funcional das células beta pancreáticas. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2008;52/1:32–9.

Guo X, Li Y, Sun G, Yang Y, Zheng L, Zhang X, et al. Prehypertension in Children and Adolescents: Association with Body Weight and Neck Circumference. *Intern Med [Internet]*. 2012;51(1):23–7. Available from: <http://joi.jlc.jst.go.jp/JST.JSTAGE/internalmedicine/51.6347?from=CrossRef>

Kurtoglu S, Hatipoglu N, Mazicioglu MM, Kondolot M. Neck circumference as a novel parameter to determine metabolic risk factors in obese children. *Eur J Clin Invest*. 2012;42(6):623–30.

Castro-Piñero J, Delgado-Alfonso A, Gracia-Marco L, Gómez-Martínez S, Esteban-Cornejo I, Veiga OL, et al. Neck circumference and clustered cardiovascular risk factors in children and adolescents: Cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017;7(9):1–9.

Patnaik L, Pattnaik S, Rao EV, Sahu T. Validating neck circumference and waist circumference as anthropometric measures of overweight/obesity in adolescents. *Indian Pediatr*. 2017;54(5):377–80.

Hosseini M, Motlagh ME, Yousefifard M, Qorbani M, Ataei N, Asayesh H, et al. Neck circumference percentiles of Iranian children and adolescents: The weight disorders survey of CASPIAN IV study. *Int J Endocrinol Metab*. 2017;15(4).

TABELAS

IDF	NCEP	WHO	AACE
Diagnóstico se alteração de glicemia e mais dois critérios	Diagnóstico se três dos cinco critérios presentes	Diagnóstico se alteração de glicemia e mais dois critérios	Indica fatores de risco
Glicemia de jejum 100-125 mg/dL ou DM2	Glicemia 110-125 mg/dL	Intolerância à glicose, DM2 ou insulino-resistência pelo HOMA-IR	Glicemia de jejum 110-125 mg/dL ou > 140 mg/dL 2 horas após TTG oral
CA ≥ 94 cm HCA ≥ 80 cm M	CA > 102 cm HCA > 88 cm M	IMC > 30 e RCQ > 0,9 H e > 0,85 M	IMC ≥ 25 e CA > 102 cm H e CA > 88 cm M
Tg ≥ 150 mg/dL ou HDL < 40 H e < 50 M	Tg ≥ 150 mg/dL ou HDL < 40 H e < 50 M	Tg ≥ 150 mg/dL ou HDL < 35 H e < 39 M	Tg ≥ 150 mg/dL ou HDL < 40 H e < 50 M
HAS em tratamento ou PA ≥ 130 x 85 mmHg	PA ≥ 130 x 85 mmHg	HAS em tratamento ou PA ≥ 160 x 90 mmHg Microalbuminúria ≥ 20 mcg/min	PA ≥ 130 x 85 mmHg

AACE = American College of Endocrinology/American Association of Clinical Endocrinologists; CA = circunferência abdominal; DM2 = diabetes mellito tipo 2; H = homens; HAS = hipertensão arterial sistêmica; HOMA = *homeostasis model assessment*; IDF = International Diabetes Federation; IMC = índice de massa corpórea; M = mulheres; NCEP = US National Cholesterol Education Program; PA = pressão arterial; RCQ = relação cintura:quadril; Tg = triglicérides; TTG oral = teste de tolerância à glicose oral; WHO = World Health Organization.

Tabela 1 – Definições de Síndrome Metabólica

CARACTERIZAÇÃO DOS ADOLESCENTES SEGUNDO IDADE, ANTROPOMETRIA E BIOQUÍMICA			
Variáveis	Masculino (n=17)	Feminino (n=19)	p
Idade (anos)	±13,88 (±0,747)	±13,63 (±0,542)	0,778
Antropometria			
IMC	31,69 (±1,23)	30,61 (±1,04)	0,594
Circunferência abdominal (cm)	99,05 (±3,32)	93,84 (±2,03)	0,244
Razão cintura/estatura	0,61 (±0,14)	0,59 (±0,01)	0,746
Circunferência do Pescoço (cm)	37,09 (±1,25)	35,68 (±0,69)	0,353
Bioquímica:			
Glicemia de Jejum (mg/dL)	90,93 (±2,23)	91,83 (±1,89)	0,667
Insulina de Jejum (mU/L)	15,24 (±1,83)	19,18 (±2,59)	0,369
Hemoglobina glicada (%)	4,98 (±0,65)	5,40 (±0,13)	0,73
HOMA-IR	3,42 (±0,38)	4,34 (±0,64)	0,643
Colesterol total (mg/dL)	157,54 (±6,48)	158,50 (±6,12)	0,65
LDL colesterol (mg/dL)	91,24 (±7,89)	89,79 (±5,17)	0,932
HDL colesterol (mg/dL)	46,31 (±3,28)	42,60 (±2,43)	0,36
Triglicérides (mg/dL)	91,33 (±7,50)	131,41 (±14,56)	0,02*
Gama glutamil transferase (U/L)	20,60 (±4,41)	15,67 (±1,05)	0,662
Aspartato amino transferase (U/L)	22,00 (±1,95)	17,00 (±1,32)	0,03*
Alanina aminotransferase (U/L)	24,40 (±3,82)	14,20 (±1,35)	0,01*

*p<0,05

Tabela 2 - Caracterização dos adolescentes segundo idade, antropometria e bioquímica.

CORRELAÇÃO ENTRE CIRCUNFERÊNCIA DO PESCOÇO (cm) E COMPONENTES DA SÍNDROME METABÓLICA	
Variáveis	p (n=36)
IMC	0,000*
Circunferência abdominal (cm)	0,000*
Razão cintura/estatura	0,01*
Glicemia (mg/dL)	0,61
Insulina (mg/dL)	0,27
HOMA IR	0,02*
Colesterol total (mg/dL)	0,58
LDL Colesterol (mg/dL)	0,18
HDL Colesterol (mg/dL)	0,11
Triglicérides (mg/dL)	0,84
Gama glutamil transferase (U/L)	0,29
Aspartato aminotransferase (U/L)	0,4
Alanina aminotransferase (U/L)	0,12
*p<0,05	

Tabela 3 - Correlação entre circunferência do pescoço (cm) e componentes da Síndrome Metabólica.

FIGURAS

Figura 1. Correlação entre circunferência do pescoço e IMC (Índice de Massa Corpórea)

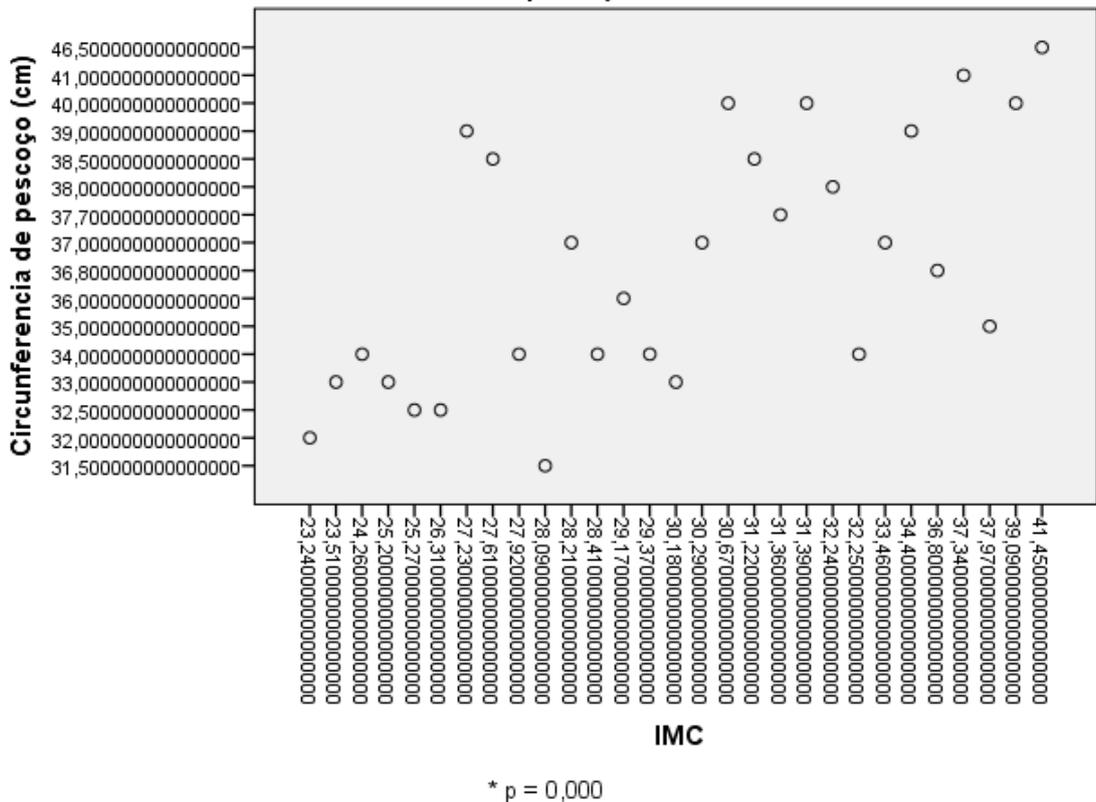


Figura 2. Correlação entre circunferência do pescoço e circunferência abdominal

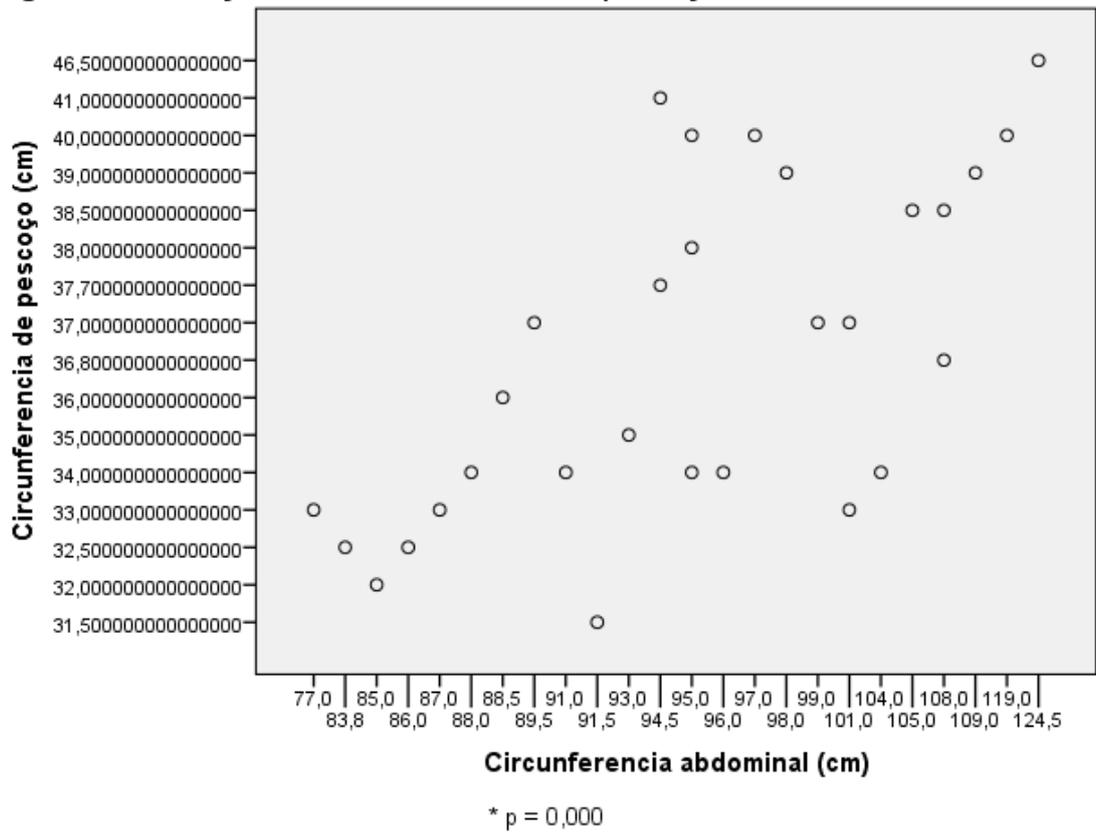


Figura 3. Correlação entre circunferência do pescoço e razão cintura/estatura

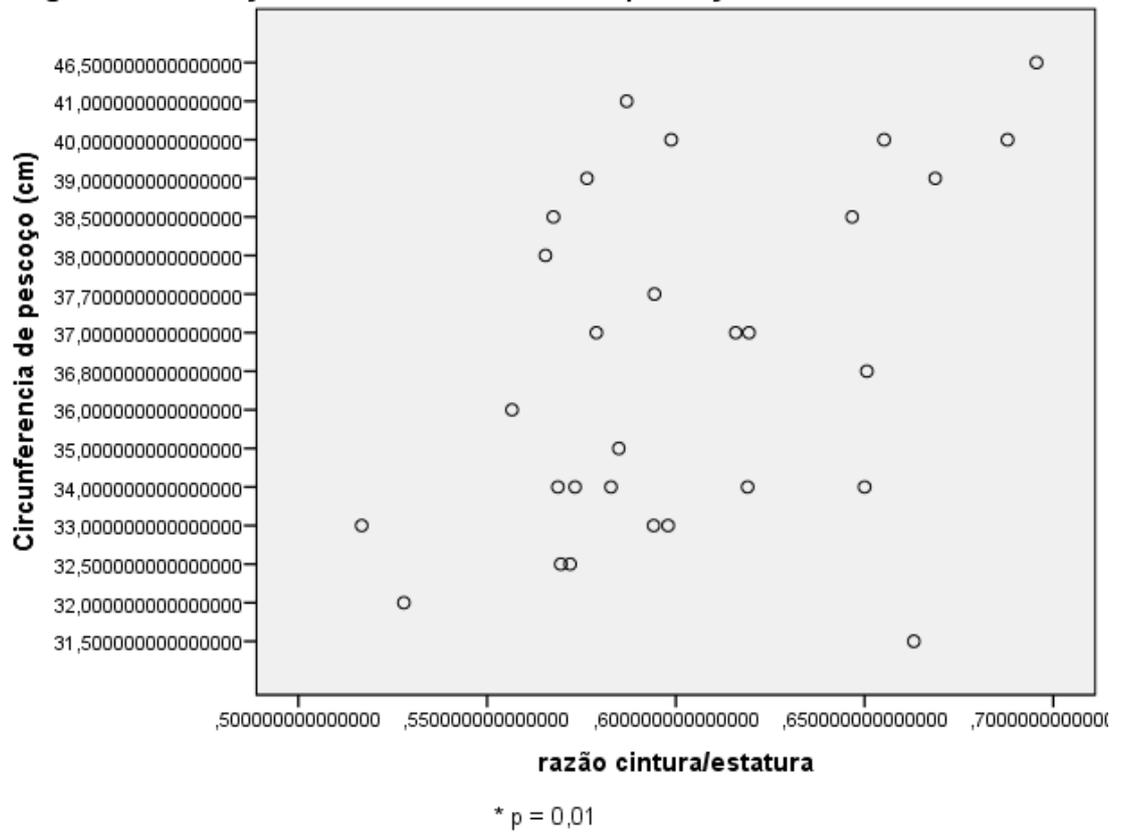
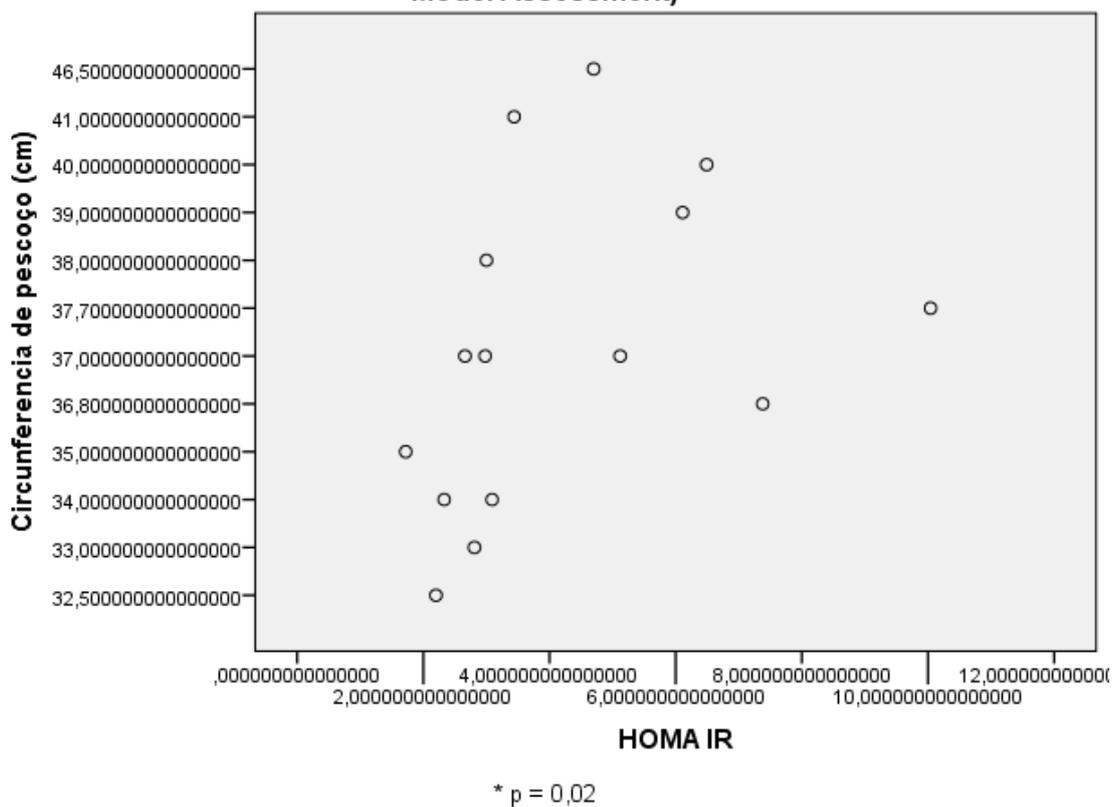


Figura 4. Correlação entre circunferência do pescoço e HOMA IR (Homeostatic Model Assessment)



ABREVIATURAS

Ácido Úrico Plasmático (URAC); Alanina-aminotransferase (ALT); Circunferência de Cintura (CC); Circunferência do Pescoço (CP); Colesterol Total (CT); Doença Cardiovascular (DCV); Gama Glutamil Transferase (GGT); *High Density lipoprotein* (HDL); Homeostasis Model Assessment – Insulin Resistance (HOMA1-IR); *Low Density lipoprotein* (LDL); Pressão Arterial (PA); Pressão Arterial Diastólica (PAD); Pressão Arterial Sistólica (PAS); Resistência Insulínica (RI); Síndrome Metabólica (SM); Statistical Package for the Social Sciences (SPSS); Triglicérides (TG).

COMUNICAÇÃO SENSÍVEL COMO ESTRATÉGIA DE MOBILIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE: A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE EXTENSÃO ComSaúde

Ana Victória Coletto Reichert

Acadêmica da Faculdade de Medicina da
Universidade de Passo Fundo.
Passo Fundo – RS

Rodrigo Alberton da Silva

Acadêmico da Faculdade de Medicina da
Universidade de Passo Fundo.
Passo Fundo – RS

Amanda Justi

Acadêmica da Faculdade de Medicina da
Universidade de Passo Fundo.
Passo Fundo – RS

Cristiane Barelli

Professora da Faculdade de Medicina da
Universidade de Passo Fundo, Coordenadora do
Programa de Extensão ComSaúde – barelli@upf.
br
Passo Fundo – RS

RESUMO: Apesar de o Brasil ter um dos maiores sistemas de transplantes do mundo, persistem atrasos na sensibilização e captação de órgãos e tecidos. O governo e a população são responsáveis pela carência de iniciativas sobre o tema acarretando o desconhecimento generalizado sobre o processo de doação de órgãos (DO), evidenciado pela elevada recusa familiar. Logo, o profissional da saúde como educador pode modificar a opinião pública frente aos conceitos equivocados, e comunicar-

se com sensibilidade com a família do doador no momento do luto. O projeto “Comunicação Sensível no Cuidado em Saúde”, que integra o programa de extensão ComSaúde, da Universidade de Passo Fundo – o qual busca fomentar a formação interprofissional a partir de vivências e estudos -, subdivide-se em temáticas, sendo umas delas a Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (DOTT). Através da humanização do cuidado, do desenvolvimento de ações que primam pelo protagonismo estudantil, busca-se, informar sobre o processo de doação, bem como conscientizar sobre a importância do ato de doar. Esse relato visa descrever as intervenções realizadas junto à população, bem como na formação acadêmica da área da saúde, sobre a temática da DO para transplantes.

PALAVRAS-CHAVE: doação de órgãos e tecidos; transplantes; educação em saúde; comunicação em saúde.

**SENSITIVE COMMUNICATION AS A
MOBILIZATION STRATEGY FOR ORGAN
AND TISSUE DONATION FOR TRANSPLANT:
THE EXPERIENCE OF THE EXTENSION
PROGRAM COMSAÚDE**

ABSTRACT: Even though Brazil has one of the largest transplant systems in the world, there is still awareness resistance and delays

in organ and tissue harvesting. The government and the population are responsible for the lack of initiatives on the subject, causing widespread unconsciousness about the organ donation process, evidenced by the high family refusal. Thereby, the health professional as an educator can change public opinion on misconceptions and, with compassion, communicate with the donor's family in the moment of grief. The project "Sensitive Communication in Health Care", belongs to the program "ComSaúde", created by Universidade de Passo Fundo – which aims to promote interprofessional training combining hands-on experiences and studies -, it is subdivided into themes, one of them being the Organ and Tissue Donation for Transplant. Thus, through the humanization of care and the development of actions that emphasizes student protagonism, we attempt to raise awareness about the donation process, as well as bring to light the importance of the donating act. Therefore, this report aims to describe the interventions performed with the population, as well as in the academic training of the health care area, on the subject of organ donation for transplant.

KEYWORDS: organ and tissue donation; transplants; health care education; communication in health care.

1 | INTRODUÇÃO

No ano de 2010, o Registro Internacional de Doação de Órgãos e Transplantes (IRODaT) evidenciou um aumento no número de doadores falecidos na América em relação ao ano anterior. A Argentina, por exemplo, passou de 12,50 para 14,54 doadores por milhão, enquanto o Brasil passou de 8,7 para 9,6 (GÓMEZ et al, 2012). Esses dados acabam transmitindo a ideia de que o cenário da doação de órgãos tem um futuro promissor – o que ainda não é verdade.

O sistema de saúde brasileiro (Sistema Único de Saúde - SUS) tem como diretriz oferecer suporte integral de saúde a todos os cidadãos, inclusive no segmento dos transplantes. No entanto, devido a essa proporção, mesmo possuindo o maior sistema público de transplantes de órgãos do mundo (GARCIA et al, 2015), persistem limitações na qualidade e tempo de serviço oferecido pela rede pública e, apesar de o número de potenciais doadores ter aumentado em quase 170% entre 1999 e 2014 (GARCIA et al, 2015), ainda existe uma infinidade de pessoas que aguardam transplante na lista de espera (MAZZIA et al, 2015).

Infelizmente, devido à disparidade entre o número de doadores e o número de pacientes que precisam de transplantes, vários indivíduos acabam falecendo devido a demora na lista de espera (CHATTERJEE et al, 2015), causando grande impacto não apenas econômico, mas também social na vida de incontáveis famílias.

Para se ter uma ideia da dificuldade que é aumentar o número de doadores, uma pesquisa publicada em 2015 nos EUA, expôs o fracasso das políticas públicas nas duas últimas décadas que, apesar de terem sido diversas e amplas, conseguiram pouco ou nenhum impacto naquele país (CHATTERJEE et al, 2015).

Silva e Frontera (2015) assinalaram outros aspectos dessa problemática: a

indústria de tráfico de órgãos e a falta de uma definição de critérios padronizados sobre a morte cerebral, bem como aspectos culturais (étnicos, raciais e religiosos).

Assim, para entendermos os motivos que geram a lista de espera é importante salientar que o sistema de doações de órgãos do Brasil funciona com dois pilares: o sistema de alocação de recursos por região (GARCIA et al, 2015) e a necessidade do consentimento familiar para a doação (MAZZIA et al, 2015). Desse modo, antes de surgirem outras problemáticas, já é possível perceber que parte da fila ocorre pelas limitações e diferenças de localidade entre doadores e receptores, o que acaba inviabilizando parte dos processos e as negativas familiares que eventualmente ocorrem. Para exemplificar este fato, segundo pesquisa realizada por Mazzia et al (MAZZIA et al, 2015), 97% das pessoas abordadas já haviam ouvido falar sobre doação de órgãos e 81% afirmaram que doariam seus órgãos. Contudo, conforme a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), a negativa familiar no Brasil atinge cerca de 47% (ABTO, 2014).

Além desses aspectos estruturais, também existe outra situação clara que influencia esse contexto de escassez de órgãos: o baixo número de notificações de potenciais doadores pelos profissionais da saúde no ambiente hospitalar (MAZZIA et al, 2015).

Um estudo retrospectivo realizado no Hospital Universitário de Maringá, Paraná, entre janeiro de 2008 e dezembro de 2010 demonstrou que apenas 1 entre cada 8 possíveis doadores de órgãos são legalmente notificados. Destes, apenas 25% são realmente potenciais doadores e destes somente 1/4 se tornam efetivos – sendo a principal causa de não doação, a recusa familiar (37.2%) (DELLAGNOLO et al, 2012).

Logo, o investimento em educação é necessário, por meio de projetos que visem a instruir a população, tendo o potencial de elevar as taxas de doações de órgãos (MAZZIA et al, 2015). Corroborando com essa proposta, Symvoulakis, Anyfantakis e Morgan (2015) destacaram a necessidade de se agir no contexto local, levando em consideração a ineficácia das políticas públicas do país de abrangência nacional para aumentar os índices de doação de órgãos.

Na temática da doação de órgãos, o profissional da saúde tem importância singular. Não apenas exercendo o ofício de cada profissão durante o processo, mas também como fonte de informação social e, especialmente, como notificador de potenciais doadores. Assim, os profissionais são responsáveis por levar o conhecimento à população, alertar quando ocorre uma nova possibilidade de doação e realizar, de fato, os seus papéis durante as fases do procedimento. Nessa lógica, o profissional da saúde, como educador, pode modificar a opinião pública frente aos conceitos equivocados (MORAIS; MORAIS et al 2012a), além de comunicar-se com sensibilidade com a família no momento do luto (MORAIS; MORAIS et al 2012a).

Os estudantes de medicina e da área da saúde podem envolver-se com projetos de extensão como o nosso para familiarizarem-se com o tema, contribuindo com a sensibilização de potenciais doadores e estimulando o acesso aos direitos e cidadania.

O objetivo desse trabalho é descrever os desdobramentos de um projeto de extensão desenvolvido para modificar esse contexto repleto de limitações. O Projeto Comunicação Sensível no Cuidado em Saúde (PCSCS) é uma iniciativa da Universidade de Passo Fundo (UPF - Passo Fundo, RS), de caráter extensionista, que pertence ao Programa de Extensão Comunicação em Saúde (ComSaúde). O ComSaúde abrange vários projetos e visa produzir informações sobre saúde aos mais diversos públicos de forma inovadora e atrativa. Outrossim, os extensionistas refletem sobre suas práticas e passam a aprender como aprender por meio da extensão universitária (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO, 2017).

Pontuamos que nossa atividade tem como foco principal impactar as pessoas que necessitam de doação de órgãos e suas famílias, ou seja, um conjunto de indivíduos seriamente vulneráveis e dependentes de políticas públicas e filantrópicas que zelem por eles.

É necessário mobilizar a população para a DOTT, pois essa prática ainda não está enraizada na nossa cultura. Assim, o PCSCS-DOTT busca fomentar a formação interprofissional, a partir de vivências e estudos, divulgando informações e potencializando a efetividade das DO no ambiente hospitalar e comunitário, novamente enaltecendo o protagonismo estudantil nos projetos de extensão.

2 | OBJETIVOS

O objetivo do nosso trabalho é descrever e divulgar as experiências desenvolvidas pelo Projeto de Extensão Comunicação Sensível no Cuidado em Saúde (PCSCS), pautado no protagonismo estudantil e nas possibilidades decorrentes da curricularização da extensão. Além disso, pretendemos alertar a população sobre a relevância do ato de doar órgãos e tecidos e advertir os profissionais da saúde sobre a humanização do cuidado para com os pacientes e familiares.

3 | METODOLOGIA

O PCSCS é composto por acadêmicos de medicina, jornalismo e artes visuais, e está dividido em três segmentos (Doação de Sangue e Tecidos - DST, Cuidados Paliativos - CP - e Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante - DOTT), sendo que o DOTT tem como foco instruir a população em geral e acadêmica a respeito do processo de doação de órgãos. Ele atua na UPF, no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP – Passo Fundo RS) e em qualquer lugar de uso comum à população, como praças e shoppings.

Nesse contexto, cabe salientar que o Projeto Comunicação Sensível no Cuidado em Saúde, como o próprio nome já diz, busca promover uma relação médico-paciente mais humanizada, através de uma escuta ativa e de um olhar atento. Afinal, a empatia para com familiares e pacientes, bem como o apoio em momentos difíceis é essencial

para o cuidado, de modo que também interfere diretamente no desfecho entre doação efetiva ou negativa familiar no âmbito da DOTT.

O relato foi organizado baseado na observação, registro e estudo das ações realizadas pelo projeto PCSCS no período de julho de 2016 a dezembro de 2017, na Universidade de Passo Fundo. Tem como parceiros a Organização de Procura de Órgãos da região 4 (OPO-4) e a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).

A equipe é composta pelo professor coordenador, alunos extensionistas bolsista e voluntários.

O planejamento das ações é realizado de forma conjunta, compartilhando abordagens teóricas e metodológicas que aprofundem a análise da extensão na universidade, estimulem o protagonismo estudantil, bem como de incentivar a causa da doação e da elaboração de novas práticas e propostas nessa área.

Para cada ação desenvolvida são realizados registros fotográficos, matérias para imprensa local e memórias e/ou relatórios dos extensionistas. Quanto aos aspectos éticos foram seguidas as diretrizes da Declaração de Helsinque, preservando o sigilo, anonimato e confidencialidade dos sujeitos.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O PCSCS-DOTT tem dois focos principais nos quais as ações e vivências realizadas procuraram abranger: levar informação e conhecimento para a comunidade passo-fundense sobre a temática, e impactar na formação acadêmica dos diversos profissionais envolvidos no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

Para isso seguimos as diretrizes da Política de Extensão e de Assuntos Comunitários da UPF (2017), a saber:

- Extensão universitária como instrumento de fortalecimento de uma sociedade democrática;
- Articulação das ações extensionistas com as políticas públicas, buscando a transformação social;
- Articulação processual e permanente entre as ações extensionistas e o território como estratégia de intensificação da interação entre universidade e sociedade, garantindo-se o protagonismo comunitário;
- Universalização da extensão por meio da curricularização, visando à formação integral dos acadêmicos na perspectiva da indissociabilidade do conhecimento;
- Enfoque interdisciplinar e interprofissional;
- Participação e protagonismo estudantil, oportunizando aprendizagens significativas,

Ao buscar informação com o intuito de construir bases sólidas para o desenvolvimento e crescimento do PCSCS-DOTT, fizemos uma parceria com a Organização de Procura de Órgãos da região 4 (OPO-4). As Organizações de Procura de Órgãos (OPOs) têm como atribuição principal organizar a logística da procura de doadores de órgãos e tecidos nos hospitais localizados na sua área de atuação que são definidos por critérios geográficos e populacionais sob a gerência da Central de Transplantes, e do Sistema Nacional de Transplantes. Outro parceiro que tivemos desde o início do projeto foi a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) do Hospital São Vicente de Paulo. As CIHDOTTs são um grupo de profissionais vinculados a uma instituição hospitalar com tarefas de organizar e rotinizar o processo de detecção de pacientes para doação e captação de órgãos na sua instituição.

Logo, percebemos que seria não só enriquecedor para o PCSCS-DOTT, porém fundamental para entendermos o processo de DOTT e para conseguirmos detectar as possíveis falhas existentes no sistema, que participássemos da rotina desses dois órgãos parceiros (OPO-4 e CIHDOTT) e também da Central de Transplantes do Rio Grande do Sul (CNCDO).

Sendo assim, acompanhamos o início do processo, pela CIHDOTT que identifica o potencial doador; o seguimento pela OPO que avalia o estado clínico do potencial doador e faz a abordagem familiar para a DOTT; e finalmente a CNCDO que faz a logística da captação do(s) órgão(s) doado(s) e a distribuição destes para a implantação (transplante).

Ao percorrer este trajeto percebemos que, apesar da falta de conhecimento da população leiga, o que realmente impede a redução da negativa familiar e a consequente elevação do número efetivo de doações é a falta de preparo do profissional ao abordar a família do possível doador no momento de luto e tristeza.

Com o principal objetivo do PCSCS-DOTT demarcado, pesquisamos formas de atenuar o problema identificado e até mesmo resolvê-lo. Indo mais a fundo na causa, e analisando as práticas utilizadas pelo seletivo grupo de pessoas que coordenam o sistema da DOTT, nos foi ofertada a possibilidade de participar, como observado, em novembro de 2016, do *Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante*, organizado e ministrado pelos diversos profissionais que atuam juntamente à Central de transplantes do Rio Grande do Sul.

O curso abordou diversos aspectos da prática cotidiana da DOTT, com o objetivo principal de propor estratégias capazes de reduzir o número de negativas familiares e aumentar o número de doações efetivas. Além de debates, conversas, explanação de casos e reflexão do trabalho feito até aquela data, os profissionais passaram por um treinamento de “Como comunicar uma má notícia” e “Como abordar um familiar no momento do luto”. Técnicas de expressão corporal e linguagem sensível foram utilizadas para aprimorar a humanização desse contato.

Ao observar como o tema era tratado, nos foi possível desenvolver ações que

pu dessem interferir, desde a vida acadêmica, dos futuros profissionais que virão a trabalhar com a DOTT. Momento em que o mundo do trabalho se entrecruza com o mundo da formação e oportuniza aprendizagens significativas e repleta de sentido para os estudantes.

Para fomentar reflexões e mudanças na comunidade acadêmica sobre a doação de órgãos, realizamos duas oficinas na III e IV Semana do Conhecimento da Universidade de Passo Fundo (SC-UPF). Os eventos tiveram como intuito aproximar as práticas de ensino, pesquisa e extensão, por meio de um espaço de diálogo e troca de saberes, o que tem se tornado perceptível a cada edição.

Na III Semana do conhecimento UPF, em outubro de 2016, desenvolvemos uma oficina sobre DOTT com estudantes da Medicina e alguns convidados: dois transplantados da cidade de Passo Fundo e profissionais da área da DOTT, vinculados à OPO-4.

Abrimos a sessão em roda de conversa, sem apresentações dos participantes e aleatoriamente lhes foi perguntado: “Você é doador? Justifique.”. Várias foram as respostas obtidas e constatamos que a informação sobre DOTT era superficial. Na sequência, solicitamos para cada pessoa falar um pouco sobre si (nome, idade, profissão, conhecimento/contato com o assunto). Para a surpresa dos ouvintes, dois transplantados, envolvidos na causa, puderam compartilhar sua história de superação, na qual a DOTT mudou o desfecho e trouxe a possibilidade da manutenção e preservação da vida.

Ainda, fez-se presente um familiar de doador, que pode transmitir como o processo da DO ocorreu e como a decisão foi tomada. Ao fim, proporcionamos uma visita guiada à exposição artística com temática da DOTT para reflexões. Encerramos com um debate sobre a experiência vivida na oficina e a mudança de percepção dos participantes.

Esta oficina articulou saberes distintos, sentimentos e afetos, demonstrando que, quando o conhecimento compartilhado se instaura, possibilita aprendizagens e soluções novas ou melhoradas, buscando a aproximação da instituição de ensino com a sociedade, suas necessidades e demandas (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO, 2017).

Na IV Semana do Conhecimento, em novembro de 2017, realizamos uma “Oficina de comunicação de más notícias”, com a metodologia *role-play* e pudemos oferecer crescimento acadêmico e profissional aos participantes: estudantes de farmácia, jornalismo, psicologia e medicina, além dos profissionais vinculados à OPO-4 e CIHDOOT. Após apresentação dos presentes, explanamos o motivo da realização da oficina e sua importância dentro do PCSCS-DOTT. Os profissionais vinculados à OPO-4 puderam compartilhar suas experiências vividas no cotidiano do trabalho, no qual exercem papel fundamental na obtenção do aceite familiar para autorização da DOTT. No debate, entre um depoimento e outro, pudemos explicitar que a maior causa da negativa familiar é o despreparo da equipe ao atender e manejar uma possível DO.

Em seguida, explanamos conteúdos sobre a temática, abordando os conceitos de “morte encefálica”, “protocolo de morte encefálica”, “como é a abordagem familiar frente à um possível doador” e “o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante”. Dessa forma, pudemos explicar todo o processo de DO: por que é possível que aconteça, como que ele acontece, suas fases, seus participantes, o papel de cada participante e a logística.

A simulação (*role-play*) consistiu de dois participantes, na qual um era o familiar de paciente com morte encefálica confirmada pelo protocolo, e por conseguinte encaixava-se nos parâmetros de DOTT, e o outro era o profissional que faria a abordagem para noticiar essa confirmação e tentar dialogar sobre DO. Com a finalização de todas as simulações, as mesmas foram analisadas pelos parceiros da OPO-4, que fizeram seus comentários sobre o que os surpreendeu positivamente, o que poderia ter sido melhor, e como enriquecer a experiência.

Além das ações formativas realizamos atividades com a comunidade leiga passo fundense, que descrevemos a seguir.

Com colaboração da Faculdade de Artes Visuais da Universidade de Passo Fundo, foi possível levar ao público uma exposição de artes, que utilizou material reciclável das áreas médicas modificados pela arte dos alunos da graduação para retratar a ideia da reutilização consciente. Tema muito abordado quanto a descarte de resíduos, porém aqui fazendo referência aos órgãos que podem ser doados e por conseguinte “reutilizados”. Um novo olhar acerca da temática que trouxe bastante questionamento pessoal, de quem pode conferir a exposição, sobre as ideias pré-estabelecidas relacionadas a DOTT. A exposição, em um primeiro momento, foi exibida no “parque da Gare”, praça da cidade de Passo Fundo muito frequentada pela comunidade. Em um segundo momento, foi exposta na III Semana do Conhecimento da UPF. Por fim, foi exibida no hall de entrada do prédio dos cursos de medicina e enfermagem da UPF.

No dia nacional brasileiro da doação de órgãos, celebrado em 27 de setembro, organizamos uma ação no “parque da Gare”, concomitantemente a exposição de artes, com apoio dos nossos parceiros da OPO-4 e CIHDOTT (Figura 1). Nessa ação, distribuimos material sobre a DOTT com explicações diversas sobre o processo e elucidamos as dúvidas que a população nos apresentou através de uma troca de ideias. Procuramos desfazer mitos que estão enraizados na nossa cultura e conscientizar sobre a importância de avisar os familiares, em vida, sobre o desejo de ser doador de órgãos.



Figura 1 – Ação realizada no Parque da Gare, Passo Fundo/RS, alusiva ao dia nacional da doação de órgãos.

Fonte: Os autores.

Focando a comunidade em geral, realizamos, em dezembro de 2017, a pintura temática da escadaria do Campus III da Universidade de Passo Fundo, a qual possui grande fluxo de pessoas e se localizada em um ponto chave do centro da cidade.

Juntamente com nossos colaboradores das faculdades de jornalismo e artes visuais e nossos parceiros da OPO-4 e CIHDOTT, foi criada uma árvore que representa a causa da DOTT e deixa em evidência o trabalho do PCSCS-DOTT com a comunidade passo fundense.

Acreditamos que as ações realizadas iniciaram o debate sobre o tema da DOTT, mas ainda nos encontramos no nível da sensibilização. Há muito o que se avançar. Araujo e Siqueira (2016) analisaram as atitudes de trabalhadores da área da saúde em relação à doação de órgãos, e demonstraram que é essencial o encorajamento da discussão do tema dentro das famílias, bem como uma adequada formação e motivação dos profissionais para conscientizar sobre os benefícios do ato de doar. Nesse sentido, ao analisar falhas, divulgar a temática e desmistificar o processo da doação e do transplante de órgãos, visamos, à longo prazo, à transformação e à

melhora da realidade local – e do país, quando possível.

5 | CONCLUSÃO

No exercício das ações com a comunidade tanto acadêmica como leiga, nas quais buscamos divulgar a causa e desmistificar o processo da doação de órgãos e tecidos, tivemos retornos significativos. Notamos interesse da população, pois ainda que seja um assunto tratado na mídia com certo apelo sensível, é constantemente marcado pela ausência de esclarecimento sobre a morte encefálica e o processo de doação e transplante. É sabido que tudo aquilo que não se conhece, se teme. Logo, buscamos no PCSCS-DOTT levar informação para que a DOTT deixe de ser um tabu no diálogo familiar, pois a decisão da doação deve ser manifestada em vida.

Além disso, as ações voltadas para a formação profissional e das equipes como um todo, nos mostraram a potencialidade para uma comunicação sensível no contato com pacientes em situação grave e suas famílias. A relação médico-paciente nesses contextos adversos carece, muitas vezes, de escuta ativa e olhar atento (comunicação sensível) – fato que interfere no desfecho entre doação efetiva ou negativa familiar. Pudemos evidenciar que a humanização da saúde é o tópico que nos guia nesse projeto, de forma que preparar as equipes que trabalham nesse ramo é essencial para cuidar das famílias e fornecer o apoio necessário no momento delicado e de luto. Além de propiciar o entrecruzamento com as políticas públicas de saúde do nosso país.

O despreparo ao abordar o assunto da DO e o receio causado pela falta de informação resultam no cenário atual, onde tem-se uma longa fila de espera para transplantes e insuficientes doações para reduzir ao máximo essa espera. A recusa familiar ainda é uma grande mazela quando falamos de DOTT no Brasil. O suporte emocional, a assistência oferecida aos familiares e a informação sobre o processo de doação, parecem ser essenciais para encorajar a atitude da doação. Contudo, os profissionais responsáveis por essas situações somente serão capazes de conduzir bem o processo se preparados precoce e adequadamente em sua formação acadêmica.

O programa ComSaúde por meio do PCSCS-DOTT, dessa forma, proporciona vivência e aprendizado que o ensino convencional não oferece, fortalecendo o protagonismo estudantil. Assim, o contato com situações delicadas que urgem por atenção e a consequente humanização da saúde não só enriquecem o profissional como também trazem alternativas para melhorar a realidade vivida.

Por conseguinte, o PCSCS-DOTT, através das ações aqui explicitadas e das futuras intervenções que pretende realizar, busca transformar a atual realidade da DOTT, levando informação à população, bem como visando à humanização da área da saúde como um todo. Afinal, maior acesso à educação, esclarecimento de dúvidas e cuidado humanizado – não só no que tange à DOTT – são essenciais para promover mudanças e propiciar contribuições à sociedade.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, C; SIQUEIRA, M. **Brazilian Healthcare Professionals: A Study of Attitudes Toward Organ Donation.** Transplantation Proceedings, 48(10), 3241–3244, 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS (ABTO). **Dados gerais. RBT Registro Brasileiro de Transplantes.** Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: Janeiro/Junho de 2014.
- CHATTERJEE, P et al. **The Effect of State Policies on Organ Donation and Transplantation in the United States.** JAMA Intern Med, 175(8):1323-1329, 2015.
- DELL AGNOLO, CM et al. **Causes of Organ Donation Failure in Brazil.** Transplantation Proceedings, 44(8), 2280–2282, 2012.
- GÓMEZ, MP et al. **International Registry in Organ Donation and Transplantation 2010.** Transplantation Proceedings, 44, 1592–1597, 2012.
- GARCIA, VD et al. **An Overview of the Current Status of Organ Donation and Transplantation in Brazil.** Transplantation, n 8, v 99, 2015.
- MAZZIA, AFZ et al. **What Is Organ Donation and Transplantation? Educating Through the Doubt.** Transplantation Proceedings, 47, 879-881, 2015.
- MORAES, EL; MASSAROLLO, MC. **Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores.** Acta paul. enferm. v22, n2, São Paulo, 2009.
- MORAIS, TR; MORAIS, MR. **Doação de órgãos: é preciso educar para avançar.** Saúde em Debate, 36(95):633-639, 2012.
- MORAIS TR, MORAIS MR. **A importância da educação na promoção da doação de órgãos.** Rev Bras Promoç Saúde, 25(3):251-252, 2012.
- SILVA, IRF; FRONTERA, JA. **Worldwide Barriers to Organ Donation.** JAMA Neurol, 72(1): 112-118, 2015.
- SYMVOULAKIS, EK; ANYFANTAKIS, D; MORGAN, M. **Organ Donation and New Policies: Do We Need to Act Less Generally and More Locally?** JAMA Internal Medicine December, v 175, n 12, 2015.
- UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO. Vice-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários. **Política de Extensão e Assuntos Comunitários.** Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo, 2017.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE HANSENÍASE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Amanda do Carmo Coutinho

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário UNIFAMETRO, Fortaleza – CE

Ana Isabel Costa Buson

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário UNIFAMETRO, Fortaleza – CE

Angélica Ferreira do Amaral

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário UNIFAMETRO, Fortaleza – CE

Linajara Silva Monteiro

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário UNIFAMETRO, Fortaleza – CE

Isabella Malany dos Santos Menezes Rios

Fisioterapeuta, Preceptora do curso de Graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário UNIFAMETRO, Fortaleza-CE

Natália Aguiar Moraes Vitoriano

Fisioterapeuta, Docente do curso de Graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário UNIFAMETRO, Fortaleza-CE

RESUMO: Introdução: A hanseníase é uma doença infecciosa causada por uma bactéria chamada *Mycobacterium leprae*, que atinge principalmente a pele e os nervos. Seus principais sinais advêm do surgimento de manchas na pele e a perda de sensibilidade nas regiões afetadas. Considerada uma das doenças mais antigas, contudo de fácil diagnóstico, tratamento e cura. Quando

tratada tardiamente pode ocasionar diversas consequências. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada, a partir de uma ação de prevenção e promoção da saúde sobre hanseníase, com usuários adscritos em uma Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) no município de Fortaleza-CE. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência discente, realizado durante o mês de outubro de 2018, em uma UAPS do município de Fortaleza-CE. A ação teve duração em torno de uma hora, e foi conduzida por integrantes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e um grupo de acadêmicos sob a orientação de um fisioterapeuta preceptor. O público alvo foi a população presente na sala de espera. **Resultados:** Durante a ação realizada foi observado certo interesse do público, tendo em vista a ausência de conhecimento sobre a temática abordada. Ao longo da atividade foram distribuídas cartilhas com orientações básicas, sendo realizadas explicações sobre a mesma e posterior esclarecimentos. Ao final, foram realizadas orientações a cerca do fornecimento gratuito do tratamento pelo SUS. **Conclusão:** A partir da experiência vivenciada foi possível assegurar a deficiência da população frente ao assunto discutido e tendo em vista a realidade da UAPS.

PALAVRAS CHAVE: Hanseníase. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde.

ABSTRACT: Introduction: Leprosy is an infectious disease caused by a bacterium called *Mycobacterium leprae*, which mainly affects the skin and nerves. Its main signs come from the appearance of spots on the skin and the loss of sensitivity in the affected regions. It is considered one of the oldest diseases, yet easy to diagnose, treat and cure. When treated late can have several consequences. **Objective:** To report on the experience of a health prevention and promotion action on leprosy, with users enrolled in a Primary Health Care Unit (UAPS) in the city of Fortaleza-CE. **Methodology:** This is a report of student experience, carried out during the month of October 2018, at a UAPS in the city of Fortaleza-CE. The action lasted about one hour, and was conducted by members of the Expanded Family Health Center (NASF) and a group of academics under the guidance of a preceptor physiotherapist. The target audience was the population present in the waiting room. **Results:** During the action carried out, some public interest was observed, due to the lack of knowledge about the subject matter. Throughout the activity, primers were distributed with basic orientations, explanations were made about the same and later explanations. At the end, guidance was provided on the free supply of SUS treatment. **Conclusion:** From the experience lived it was possible to assure the population's deficiency in relation to the subject discussed and in view of the UAPS reality.

KEYWORDS: Leprosy. Primary Health Care. Health Education.

1 | INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa causada por uma bactéria chamada *Mycobacterium leprae*, que atinge principalmente a pele e os nervos. Seus principais sinais advêm do surgimento de manchas na pele e a perda de sensibilidade nas regiões afetadas. Quando tratada tardiamente pode ocasionar diversas consequências para os portadores, devido às lesões que os incapacitam fisicamente. A infecção por hanseníase pode acometer pessoas de ambos os sexos e de qualquer idade, sendo uma das doenças mais antigas da humanidade (FERREIRA et al, 2016; MONTEIRO et al, 2015).

Possuí como sinais e sintomas mais frequentes, manchas esbranquiçadas ou avermelhadas, em qualquer parte do corpo, ocasionando a perda ou alteração da sensibilidade térmica, tátil e dolorosa da região, principalmente nas extremidades das mãos e dos pés, na face, nas orelhas, no tronco, nas nádegas e nas pernas (LAGES, 2017).

A transmissão se dá provavelmente por via respiratória, mas é necessário ter predisposição para adquirir a doença, por meio de convivência muito próxima e prolongada com o indivíduo e com aquele não esteja sob tratamento. Não possui risco significativo de transmissão ao tocar na pele (ZANARDO et al, 2016).

O diagnóstico da hanseníase primeiramente é dermatológico, podendo ser neurológico, caso já possua alteração da sensibilidade, comprometimentos dos nervos periféricos, alterações sensitivas e motoras (DA SILVA, 2013).

Junto a uma equipe multiprofissional a avaliação da hanseníase torna-se mais abrangente, permitindo uma abordagem mais eficaz no tratamento e no controle da doença (RODRIGUES, 2015).

O tratamento é gratuito e fornecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), podendo variar de seis meses a um ano, dependendo do tipo de hanseníase, pode vir a ser prorrogado. Após a primeira dose, o paciente já pode ter contato com outras pessoas, não ocorrendo risco de transmissão, devendo ser aplicado via oral e concluído corretamente. Quanto mais rápida for diagnosticada a hanseníase, mais rápido será o seu tratamento (MOURA et al, 2016).

Um dos fatores de risco para a doença são as péssimas condições de vida de certos indivíduos, dificuldades em adquirir assistência em saúde de qualidade e questões socioeconômicas como baixa renda familiar, baixa escolaridade. Interferindo assim, no diagnóstico e tratamento precoce (LEAL et al, 2017; FERRO, 2016; MOURA et al, 2016).

2 | OBJETIVO

Relatar a experiência vivenciada, a partir de uma ação de prevenção e promoção da saúde sobre hanseníase, com usuários adscritos em uma Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) no município de Fortaleza-CE.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência discente, realizado durante o mês de outubro de 2018, em uma UAPS do município de Fortaleza-CE. Inicialmente foi realizada uma reunião de planejamento para estruturação da atividade e, posterior, elaboração dos materiais a serem utilizados.

A ação teve duração em torno de uma hora, e foi conduzida por integrantes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e um grupo de acadêmicos sob a orientação de um fisioterapeuta preceptor. O público alvo foi a população presente na sala de espera da UAPS.

A ação consistiu em exposição da temática sobre hanseníase, seguida da participação e interação dos usuários com a equipe.

4 | RESULTADOS

A ação foi realizada com uma abordagem dinâmica, procurando a interação do público, onde foi possível ser observado o interesse sobre a temática abordada, tendo em vista a ausência de conhecimento sobre o assunto, havendo assim, questionamentos a cerca dos sinais e sintomas da doença.

Ao mostrar imagens, sobre as lesões decorrentes da doença, alguns usuários relataram já ter visto em seu corpo ou conhecer familiares próximos com a presença de

sinais semelhantes. Somente um usuário, relatou já ter feito o tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), onde foi fornecido todo o suporte e medicamentos de forma gratuita pela rede, desde o momento do diagnóstico até o final do tratamento.

Ao longo da atividade foram distribuídas cartilhas, contemplando orientações básicas para a prevenção da doença e os seus sinais e sintomas mais frequentes, sempre com imagens ilustrativas para fácil percepção dos usuários.

Durante a abordagem foi explicado sobre o fornecimento gratuito do tratamento pelo SUS, esclarecido que na unidade básica que eles ali se encontravam possuía este atendimento, como também a realização do exame para diagnóstico da doença.

Os questionamentos durante a ação demonstraram a importância da prática de atividades educativas para promoção de maiores esclarecimentos sobre a hanseníase, além de orientações quanto o diagnóstico precoce.

5 | CONCLUSÃO

A partir da experiência vivenciada foi possível assegurar a deficiência da população frente ao assunto discutido e tendo em vista a realidade da unidade básica torna-se fundamental a realização de mais ações de educação em saúde sobre a temática.

Reforçando ainda, que esta atuação permite uma consulta, junto ao profissional de saúde, mais eficaz, tendo em vista a presença de um paciente mais esclarecido sobre diversas patologias, promovendo assim, a promoção da saúde e a maior prevenção de doenças.

REFERÊNCIAS

FERREIRA, Neudyanne de Almeida et al. **HANSENÍASE: ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO**. 2016.

FERRO, Dayara Alves. **Ações estratégicas para diagnóstico e tratamento precoce da hanseníase na unidade de saúde da família Guarapes em Natal, Rio Grande do Norte**. Universidade Federal do Maranhão, 2016.

LAGES, Lívia Salita Melo de Jesus. **Aspectos que interferem no acompanhamento de contatos de portadores de hanseníase em um município hiperendêmico**. Universidade Federal do Maranhão, 2017.

LEAL, Danielle Rodrigues et al. **Programa de controle da hanseníase: uma avaliação da implantação no nível distrital**. Saúde em Debate, v. 41, n.esp, p. 209-228, 2017.

MONTEIRO, Lorena Dias et al. **Tendências da hanseníase no Tocantins, um estado hiperendêmico do Norte do Brasil, 2001-2012**. Cadernos de Saúde Pública, v. 31, n.5, p. 971-980, 2015.

MOURA, Ana Débora Assis et al. **Perfil dos portadores de hanseníase de um centro de referência de um estado brasileiro**. Rev. Enferm. UERJ, v. 24, n. 6, p. e9625, 2016.

RODRIGUES, Francisco Feitosa et al. **Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre hanseníase: ações de controle e eliminação**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 68, n. 2, p.297-304, 2015.

DA SILVA, Janaina. **HANSENÍASE: UMA BREVE ABORDAGEM SOBRE SEUS SINTOMAS E TRATAMENTO**. Faculdade de Educação e Meio Ambiente. 2013.

ZANARDO, Thiago et al. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM HANSENÍASE NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS, NO PERÍODO DE 2008 A 2014**. Revista Eletrônica Faculdade Montes Belos, v. 9, n. 2, 2016.

EDUCAÇÃO INCLUSIVA DA CRIANÇA COM NECESSIDADES ESPECIAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Amanda Karoliny Meneses Resende

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí, Teresina, Piauí;

Ravena de Sousa Alencar Ferreira

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí, Teresina, Piauí;

Marcelane Macêdo dos Santos

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Uninassau Aliança-UNINASSAU, Teresina, Piauí;

Weldania Maria Rodrigues de Sousa

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Uninassau Aliança-UNINASSAU, Teresina, Piauí;

Vitor Kauê de Melo Alves

Graduando em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí, Teresina, Piauí;

Gabriel Renan Soares Rodrigues

Graduando em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí, Teresina, Piauí;

Sabrina do Espírito Santo Carvalho

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí, Teresina, Piauí;

Karllenh Ribeiro dos Santos

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí, Teresina, Piauí;

Maria Erislaine de Carvalho Rodrigues

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí, Teresina, Piauí;

Jackson Menezes Duarte

Graduando em Enfermagem pela Faculdade Uninassau Aliança-UNINASSAU, Teresina, Piauí;

Aziz Moises Alves da Costa

Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí, Teresina, Piauí;

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Organização Mundial de Saúde estima que cerca de 10% da população mundial possui necessidades especiais: visuais, auditivas, físicas, mentais, distúrbios de conduta e outros. Neste contexto, a enfermagem pode atuar na educação especial estimulando as potencialidades do grupo. **OBJETIVO:** Relatar a experiência acerca da assistência de enfermagem às crianças com necessidades especiais em uma escola municipal de Teresina, Piauí. **MÉTODO:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, vivenciado por acadêmicos de enfermagem, durante o Estágio Extracurricular, iniciado em fevereiro de 2018, realizado em uma escola municipal em Teresina. A assistência de enfermagem voltou-se aos alunos do ensino fundamental, faixa etária de 7 a 10 anos e com problemas neurológicos como transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e microcefalia. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O cuidado de enfermagem incluiu o acompanhamento da aprendizagem, em busca da reintegração e reabilitação social dos alunos. Durante a vivência, os estagiários realizaram o suporte em atividades como leitura e escrita e aplicaram-se atividades lúdicas como pintura, desenhos, jogos e música. Dinâmicas

grupais que estimulam a interação social e trocas dialógicas também foram aplicadas. **CONCLUSÃO:** As atividades desenvolvidas atingiram o objetivo dos acadêmicos, uma vez que promoveram a expressão de suas habilidades e potencializaram a interação social. Em relação à enfermagem, o cuidado prestado respeitou as individualidades das crianças. Verificou-se a necessidade de atenção acerca da educação de crianças com necessidades especiais e profissionais capacitados na área, a fim da melhoria do cuidado prestado.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas com deficiência; Educação especial; Aprendizagem.

ABSTRACT: INTRODUCTION: The World Health Organization estimates that about 10% of the world's population has special needs: visual, hearing, physical, mental, behavioral disorders and others. In this context, nursing can act in special education stimulating the potential of the group. OBJECTIVE: To report the experience about nursing care to children with special needs in a municipal school in Teresina, Piauí. METHODS: This was a descriptive study, a type of experience report, experienced by nursing students, during the Extracurricular Internship, started in February 2018, held in a municipal school in Teresina. Nursing care returned to primary school students aged 7 to 10 years and with neurological problems such as attention deficit hyperactivity disorder and microcephaly. RESULTS AND DISCUSSION: Nursing care included the follow-up of learning, in search of reintegration and social rehabilitation of the students. During the experience, the trainees performed support in activities such as reading and writing and applied play activities such as painting, drawings, games and music. Group dynamics that stimulate social interaction and dialogic exchanges have also been applied. CONCLUSION: The activities developed reached the objective of the academics, since they promoted the expression of their abilities and potentiated the social interaction. Regarding nursing, the care provided respected the individualities of the children. There was a need for attention to the education of children with special needs and trained professionals in the area, in order to improve the care provided.

KEYWORDS: Disabled Persons; Education, Special; Association Learning.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde estima que cerca de 10% da população mundial possui necessidades especiais: visuais, auditivas, físicas, mentais, distúrbios de conduta e outros. Cada uma dessas pessoas lida diariamente com inúmeras barreiras que dificultam a sua inserção, bem como a manutenção do acesso a garantia de direitos básicos e condições igualitárias. Assim, a presença desse grupo na escola necessita da organização de condições de acesso, como alterações curriculares, estruturais e recursos pedagógicos para o ensino no sistema escolar (ADAMY et al., 2013).

Além disso, educar de maneira inclusiva abrange proporcionar o acolhimento ao aluno, de forma individualizada, para poder identificar as suas particularidades, assim como definir uma intervenção direcionada as suas necessidades, independentemente

do tipo de incapacidade ou deficiência, todos os indivíduos possuem direitos e deveres e devem ser formados como cidadãos (PAULA et al., 2016).

No Brasil, são incluídas como crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES) aquelas que demandam de cuidados especiais de saúde, abrange uma ampla gama de diagnósticos, sejam eles reversíveis ou irreversíveis, o que exige conhecimento e preparo dos profissionais de saúde para proporcionar o melhor tratamento e os cuidados adequados a individualidade da criança (SILVEIRA; NEVES, 2011a).

Nesse contexto, em 1996 o Brasil criou uma lei exclusiva para a educação de aluno com necessidades especiais no ensino regular, cabendo ao Estado a garantia da permanência e da conclusão do curso por esses alunos, em especial a garantia desse direito em instituições de ensino público. O enfermeiro é o profissional que atua nas mais diversas áreas da saúde e inclusive na educação. Dessa forma, a enfermagem pode atuar auxiliando na educação especial e estimulando as potencialidades do grupo (FARO; GUSMAI, 2013).

Outro aspecto importante é que com o aumento do desenvolvimento tecnológico, tem havido uma redução na mortalidade infantil e por sua vez esse fato é inverso da quantidade de CRIANES, uma vez que vêm aumentando a quantidade de crianças com necessidades especiais. Esse grupo demanda cuidados complexos, e traz desafios não apenas para a equipe profissional, mas também para toda a estrutura familiar (SILVEIRA; NEVES, 2011b).

Para Filha Carvalho et al., (2017) a inclusão desse público na questão do ensino ainda é muito indefinida, em especial quando se trata do ensino superior, mesmo em algumas instituições de ensino que oferecem vagas e estrutura para esses alunos, mas persiste o despreparo ou a falta de qualificação adequada dos profissionais para lidar com os alunos e tudo isso, gera insegurança em todos os atores envolvidos nesse processo.

O profissional enfermeiro atua nos diversos contextos e ambientes de saúde, inclusive dentro do contexto escolar, auxiliando nas dificuldades das crianças e dando apoio e incentivo aos pais, pois cuidar envolve interação, estabelecimento de vínculo, aconselhamento e, sobretudo, apoio à pessoa responsável. De forma a possibilitar que o cuidador desenvolva habilidades necessárias para a prática do “cuidar” (CRUZ et al., 2017). Desse modo, o estudo torna-se relevante, pois a categoria desempenha um importante papel na promoção da saúde desta população exigindo conhecimentos na área.

2 | OBJETIVO

Relatar a experiência acerca da assistência de enfermagem às crianças com necessidades especiais em uma escola municipal de Teresina, Piauí.

3 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, vivenciado por acadêmicos de enfermagem, o interesse pelo trabalho surgiu durante o acompanhamento de crianças especiais em um Estágio Extracurricular, onde observou-se a necessidade de serem realizadas novos tipos de abordagens e intervenções para melhorar a inclusão das crianças e também aprimorar o aprendizado das mesmas.

A vivência do estágio extracurricular foi iniciada em fevereiro de 2018, com finalização prevista para fevereiro de 2019, realizado em uma escola municipal em Teresina, Piauí, no turno da tarde. A equipe multiprofissional envolveu docentes, funcionários e estagiários dos cursos de enfermagem, psicologia e pedagogia, no entanto nesse estudo enfocou-se na assistência de enfermagem.

A assistência de enfermagem voltou-se aos alunos do ensino fundamental, faixa etária de 7 a 10 anos e com problemas neurológicos, entre eles, o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e microcefalia.

O cenário foi uma escola pública, que conta com uma sala de Atendimento Educacional Especializado (AEE), local onde puderam ser realizadas as brincadeiras, desenhos, pinturas, jogos educativos, uso de brinquedos e também atividades de grupo.

As intenções foram previamente planejadas e partiram da observação das necessidades das crianças, foi realizado um levantamento das principais prioridades, em seguida traçou-se as intervenções. Foram identificados aspectos individuais e grupais.

Assim, nas atividades individuais focou-se no auxílio da evolução individual das crianças com relação ao aprendizado, sua socialização, ensinamentos de atividades simples de autocuidado, auxílio na alimentação e higiene, exercícios de atenção e em seguida foi trabalhado e incentivado a socialização em grupo através de atividades lúdicas, pinturas, músicas e diálogo, sempre adequando a idade e a fase de desenvolvimento.

Este trabalho, considerara os preceitos legais da resolução nº466/2012 do Código de Ética em Enfermagem e a resolução nº 311/2007, que por se tratar de um relato de experiência, não se faz necessária a certificação pelo Comitê de Ética em Seres Humanos (CEP).

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cuidado de enfermagem incluiu o acompanhamento da aprendizagem, em busca da reintegração e reabilitação social dos alunos. Realizou-se o suporte em atividades como leitura e escrita e aplicaram-se atividades lúdicas como pintura e desenhos. Dinâmicas grupais que estimulam a interação social e trocas dialógicas também foram aplicadas.

Para ampliar a compreensão da vivência, esta foi dividida em quatro seções, a

seguir: 1. O cuidar de crianças com necessidades especiais no ambiente escolar. 2. A participação da família na vida escolar da criança. 3. Contribuições para os acadêmicos de enfermagem.

5 | O CUIDAR DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS NO AMBIENTE ESCOLAR

O primeiro contato com as crianças deu-se em sala de aula, auxiliando-as em seus exercícios didáticos, para facilitar a o aprendizado foram utilizados jogos educativos, que ajudaram na conquista e manutenção da atenção das crianças, logo foi criado um vínculo e pode-se participar ativamente de todo o cuidado, desde a educação à alimentação e a higiene. Foi observado que a grande importância de ter alguém ali a disposição para auxilia-las, pois muitas vezes o que parece simples para uma criança não é uma tarefa fácil para outra.

No início o trabalho do estagiário parecia ser algo com tarefas “já programadas”, no entanto, em cada atividade criativa e especialmente, em cada conquista nova dos alunos, por menor que parecesse ia-se crescendo o papel do cuidador enfermeiro.

O aprendizado é algo único, dentro de sala de aula, foi usada uma metodologia diferenciada, para cada particularidade. Nos estudos de Neves et al., (2017) aponta que é fundamental além do professor, outro profissional para prestar o ensino e cuidado direcionado, além disso, ressalta as dificuldades enfrentadas pelos educadores, que não se sentem preparados para lidar com crianças especiais.

Mais um aspecto a ser considerado é o uso de metodologias ativas, que incentivem a participação da criança e ao mesmo tempo facilita a integração dela com os demais colegas de turma. Por isso é imprescindível que os professores sempre se mantenham atualizados acerca das adaptações curriculares e o uso dos materiais e tecnologias disponíveis, infelizmente nem sempre existe na rede pública de ensino todos os materiais disponíveis para oferecer esse cuidado (SEIBT, 2017). A inclusão escolar vai além de oferecer conhecimento, significa zelar por aquela pessoa, fazer com que ela alcance o máximo de resultados positivos possíveis.

Dentro de cada momento puderam ser evidenciados as maiores dificuldades, como também os pontos de maior satisfação. Entre os desafios ao aprendizado estavam os momentos de hiperatividade e de déficit de atenção, para acalma-los foram utilizadas atividades lúdicas na sala de apoio, com desenho, pintura, jogos, música, figuras e brinquedos, até contornar-se a agitação e poder ser iniciado o diálogo e assim, ser incentivado a tranquilidade e calma para melhorar o comportamento durante as aulas. Em relação as crianças com déficit de atenção foram utilizadas outras estratégias mais ativas, que incentivassem a participação delas nas temáticas.

Nos estudos de Maia e Confortin (2015) abordam como dificuldade no comportamento, a impulsividade nas ações e nas respostas quando lhes são indagados

alguma coisa. Além de problemas para manter a organização e o planejamento de atividades, uma vez que para eles não é tão simples querer executar uma tarefa e realiza-la da maneira prevista.

Essas crianças em sua rotina escolar recebem um conteúdo específico conforme o seu nível de aprendizado, por exemplo uma das crianças ainda está iniciando o processo de leitura, estímulo oferecido a leitura melhorou suas habilidades, mas ela ainda apresenta algumas dificuldades. No estudo de Freitas (2012) que buscou indícios das possibilidades de desenvolvimento e aprendizagem do aluno com deficiência intelectual, a criança também apreendeu gestos após aplicação de dinâmicas.

Mas cada criança tem sua particularidade, observou-se que, uma segunda criança apresentou um bom desempenho nas atividades, conseguiu fazer todos os seus exercícios em tempo hábil.

Além do aprendizado, outros momentos dentro da escola precisam ser valorizados, como a alimentação da criança, o auxílio em manipular os alimentos, e até mesmo explicar sobre tipos de comidas saudáveis, utilizando brincadeiras de “certo” e “errado”, puderam tornar o momento do lanche em aprendizado e conscientização sobre hábitos saudáveis.

Assim como, os hábitos de higiene foram bem trabalhados com o uso de desenhos, pinturas, bonecos, brinquedos, para facilitar a assimilação da higiene. Com o uso de dinâmicas as crianças se sentiram encorajadas a lavagem das mãos, melhoraram a higiene das unhas, higiene bucal e cabelos. Uma vez que a principal mensagem foi ensiná-las a transmitir todo esse conhecimento aos pais.

Observaram-se respostas diferentes tanto no ritmo de aprendizado, como na receptividade das atividades desenvolvidas, porém a maioria apresentou boa desenvoltura e interação nas práticas. E todos os cuidados contribuíram de maneira formidável para melhorar o desenvolvimento, integração e socialização das crianças, apesar de ainda existirem lacunas na assistência a essas crianças, mas acredita-se que o presente trabalho contribuiu para a inclusão de alunos pacientes crianças especiais.

6 | A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA VIDA ESCOLAR DA CRIANÇA

Durante a vivência a participação dos pais das crianças foi primordial para facilitar todo o convívio com a criança. Destaca-se que cada família vive o seu contexto e possui a sua rotina domiciliar de cuidados, assim como uma cultura e religião que constituem todo ambiente de formação dos filhos e tudo isso são fatores que influenciam na vivência escolar.

No trabalho de Neves e Cabral (2009) aponta as dificuldades vivenciadas pelos familiares na rotina de cuidar de uma criança especial, onde os pais buscam na maioria das vezes força na espiritualidade, na iluminação, na divinização, na esperança e na solidariedade. Ressalta-se que de forma semelhante, nessa experiência as mães

demonstravam sua fé e seu apego a religiosidade e espiritualidade.

É importante destacar que independentemente da religião, os hábitos de oração ajudam as crianças na memorização, as músicas religiosas também influenciaram positivamente na imaginação e especialmente durante os momentos de agitação, essas letras ajudaram a tranquilizar a criança no ambiente escolar.

Outro aspecto a ser considerado é a “superproteção” dos pais, esse cuidado muitas vezes pode impedir a criança de viver/fazer as atividades do dia a dia. Assim, pode-se observar a importância da orientação para guiar a proteção da criança e ao mesmo tempo permitir que ela seja incluída nas atividades comuns diárias (SILVEIRA; NEVES; PAULA, 2013).

Os diálogos e os momentos de motivação destinado aos familiares fez com que os mesmos comesçassem a ampliar o seu cuidado com as crianças, participar mais das atividades escolares e aumentou o vínculo entre estagiários, professores, pais e crianças.

Acerca do ensino, ajudar os pais a ensinar e dar apoio e ao mesmo tempo conseguir disciplinar o seu filho foi gratificante para as famílias e ajudou em todo o desenvolvimento da criança. Pois muitas vezes os pais apresentam dúvidas e enfrentam situações que eles não sabem lidar, contornar ou solucionar o problema. Mas com o devido apoio e orientações de cuidado, tornou-se tudo mais fácil.

Nas pesquisas de Figueiredo Sousa e Gomes (2016) retrata que dentro de casa os pais apresentam dificuldades em cuidar de uma criança/adolescente com necessidades especiais de saúde, isso gera medo, insegurança, que pode ser associado ao pouco conhecimento da doença e tratamento e o medo de sequelas.

As orientações de enfermagem contemplaram aspectos de esclarecimento acerca da patologia da criança, sinais e sintomas, tratamentos disponíveis, a rede de apoio do Sistema Único de Saúde – SUS. Assim como, cuidados com a alimentação da criança em casa, higiene corporal, rotina de brincadeiras com seus filhos e exercícios de aprendizagem. As mães foram abordadas de maneira individual e em grupo. O público-alvo foi muito receptivo as orientações, esclareceram as suas dúvidas e mostram aprendizado aos conhecimentos repassados.

As mães foram bem receptivas aos estagiários de enfermagem, além do esclarecer, um dos importantes papéis desempenhados nessa experiência também foi o “ouvir” e poder conhecer melhor todo o contexto social, cultural e familiar. Uma vez que o cuidado de enfermagem se estende a contemplar o ser humano como um todo, em todas as suas necessidades.

Dessa forma, o enfermeiro atua além da hospitalização da criança, do cuidado domiciliar, ele também é e deve estar preparado para os diferentes ambientes de cuidado, como a escola. Os estudos de Silveira e Neves (2011a) explora a importância de serem feitos novos estudos sobre os cuidados que emergem após a hospitalização da criança, para que seja mantido o cuidado no ambiente domiciliar.

7 | CONTRIBUIÇÕES PARA OS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Para os acadêmicos de enfermagem ter contato com uma forma totalmente “diferente dos demais campos tradicionais” de estágio foi algo desafiador, inovador e ao mesmo tempo mostrou-se de suma importância na continuidade do cuidado, uma vez que permitiu explorar novas possibilidades de oferecer conhecimento, cuidados e um novo aprendizado.

É importante destacar que o trabalho desenvolvido seguiu as orientações dos professores da escola, uma vez que os mesmos demonstravam interesse e um cuidado especial a essas crianças, e além disso, exigiu de todos os autores a criatividade e iniciativa para ir além do habitual, desenvolver um novo olhar para esse cuidado e assim promover as nossas atividades inclusivas, entre elas a criação de joguinhos adaptados “quebra-cabeça”, bingo, dominó, “jogo da memória”, além de pinturas e uso de brinquedos.

Para Higarashi e Pedrazzani (2002) abordam que a educação formal do profissional enfermeiro não é suficiente para atuar junto a criança com deficiência, necessitando de um suporte teórico ou prático e que pouco mais de 40% dos enfermeiros estudados obteve os seus conhecimentos com a vivência prática, em vez de terem recebido o preparo adequado ainda na graduação. Daí demonstra o quanto é fundamental essa vivência para formar profissionais mais preparados para a atuação profissional.

Enquanto no ambiente hospitalar a criança apresenta-se fragilizada por estar distante do seu lar, de sua família, no ambiente escolar traz uma nova dimensão de necessidades, apresenta a necessidade de inclusão, de participação em atividades de grupos, o olhar diferenciado e as ações propostas para tornar a inclusão uma vivência. Isso trouxe um inestimável conhecimento, não apenas como futuros profissionais, mas como seres humanos.

A pesquisa de Faro e Gusmai (2013), demonstram que na área da saúde e em especial na enfermagem, não raros os estudos que trabalham a inclusão. Para que a inclusão seja alcançada ainda existem barreiras e transformações que precisam ser feitas no sistema escolar, como o respeito, e a aceitação diferenças, discussões sobre o preconceito e estigmas.

O conviver com crianças especiais por si só não é uma tarefa fácil exige paciência, amor e atenção, mas foi uma adaptação do que somos, daquilo que podemos oferecer, para se transformar naquilo que elas precisam naquele instante.

O processo de educação em saúde proporciona uma atenção à saúde de forma diferenciada uma vez que articula a investigação, a assistência, a transmissão de conhecimento e o gerenciamento de práticas em saúde (RIBEIRO., et al 2018).

O estágio extracurricular proporcionou ao aluno experimentar experiências que vão além daquilo que somente as atividades da sua instituição, somar vivências traz crescimento e fortalece a sede de saber. A eterna busca de conhecimento esteve

presente durante toda a jornada, a procura pelas melhores formas de ensinar, de trabalhar aquele conteúdo de forma simples, compreensível, trouxe e fortaleceu o amor pela docência.

8 | CONCLUSÃO

Constatou-se que os acadêmicos de enfermagem contribuíram para a inclusão das crianças. As atividades desenvolvidas atingiram o objetivo dos acadêmicos, uma vez que promoveram a expressão de suas habilidades e potencializaram a interação social.

Assim, todos os cuidados influenciaram positivamente no desenvolvimento das atividades cognitivas, intelectuais, bem como nas suas necessidades básicas e no cuidado domiciliar através dos diálogos e interação com os pais.

Em relação à enfermagem, o cuidado prestado respeitou as individualidades das crianças. Verificou-se a necessidade de atenção acerca da educação de crianças com necessidades especiais, uma vez que existem poucos trabalhos na área da enfermagem envolvendo a inclusão de crianças especiais.

Sugere-se que devem ser ampliadas as discussões sobre essa temática durante a graduação, bem como devem ser estimuladas novas capacitações para os profissionais nessa área a fim da melhoria do cuidado prestado.

REFERÊNCIAS

- ADAMY, E. K.; KRAUZER, I. M.; HILLESHEIM, C.; SILVA, B. A. GARGHETTI, F. C. **A inserção da sistematização da assistência de enfermagem no contexto de pessoas com necessidades especiais.** Rev. J. res.: fundam. care. Online., Rio de Janeiro, v. 5, n.3, p. 53- 65, jul/set 2013.
- CRUZ, C. T. et al. **CARE TO CHILDREN REQUIRING CONTINUOUS AND COMPLEX ASSISTANCE: NURSING PERCEPTION.** Rev Min Enferm., v. 21, e-1005, 2017.
- FARO, A. C. M.; GUSMAI, L. F. **Educação inclusiva em enfermagem: análise das necessidades de estudantes.** Rev.esc. enferm. USP, São Paulo, v.47, N.1, fev. 2013.
- FIGUEIREDO, S. V.; SOUSA, A. C. C.; GOMES, I.L.V. **Menores com necessidades especiais de saúde e familiares: implicações para a Enfermagem.** Rev Bras Enferm [Internet]., n. 69, v. 1, p. 88-95.
- FILHA CARVALHO, F. S. S. et al. **Inclusão de pessoas com necessidades especiais no ensino superior: desafios e perspectivas.** Revista Diálogos e Perspectivas em Educação Especial , v.4, n.2, p. 53-62, 2017.
- FREITAS, A. P. **Um estudo sobre as relações de ensino na educação inclusiva: indícios das possibilidades de desenvolvimento e aprendizagem.** Rev. bras. educ. espec., São Paulo , v. 18, n. 3, p. 411-430, Set. 2012.
- HIGARASHI I. H.; PEDRAZZANI J. C. **O profissional enfermeiro e a criança portadora de deficiência.** Revista Ciência, Cuidado e Saúde Maringá, v. 1, n. 1, p. 37-44, 1. Sem. 2002.

MAIA, M. I. R., CONFORTIN, H. **TDAH e aprendizagem: um desafio para a educação.** PERSPECTIVA, Erechim. v. 39, n.148, p. 73-84, 2015.

NEVES, A. T. et al. **O processo de inclusão de crianças com necessidades especiais de saúde na educação infantil.** Rev Enferm UFSM. v. 7, n. 3, p. 374-387, 2017.

NEVES, E. T.; CABRAL, I. E. **Cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde: desafios para as famílias e enfermagem pediátrica.** Rev. Eletr. Enf., v. 11, n. 3, p. 527-38, 2009. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a09.htm>. > Acesso em 11 de fevereiro de 2019.

PAULA, V. G. et al. **Educação inclusiva na enfermagem: relatos de experiências frente ao processo de avaliação.** Educação: Saberes e Prática., v. 5, n. 1, 2016. Disponível em: < <http://revistas.icesp.br/index.php/SaberesPratica/article/view/115/75>>. Acesso em 06 de fevereiro de 2019.

RIBEIRO, D. K. et al. **Experiência Extensionista de Estudantes de Enfermagem em um Projeto de Educação em Saúde e Sexualidade na Escola.** Revista Guará., Edição IX, v. 6, n. 9, p. 85-96, 2018.

SEIBT, M. T. S. **Educação Especial e Inclusiva, um Novo Desafio Escolar: Microcefalia.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Edição 9. Ano 02, Vol. 01. p 130-147, 2017. Disponível em: <<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao/desafio-escolar-microcefalia>> .Acesso em 11 de fevereiro de 2019.

SILVEIRA A.; NEVES E. T. **Crianças com necessidades especiais de saúde: tendências das pesquisas em enfermagem.** R. Enferm. UFSM., v. 1, n.2, p.254-260, 2011a.

SILVEIRA A.; NEVES E. T. **Cuidado de enfermagem à criança com necessidades especiais de saúde: demandas de educação em saúde de familiares.** Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2011b.

SILVEIRA, A.; NEVES; E. T.; C. C. PAULA. **Cuidado familiar das crianças com necessidades especiais de saúde: um processo (sobre)natural e de (super)proteção.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis., v. 22, n. 4, p. 1106-14, 2013.

EFEITOS DO EXERCÍCIO FÍSICO EM PACIENTES APÓS INFARTO DO MIOCÁRDIO: REVISÃO DE LITERATURA

Tainara de Oliveira Ferreira

Centro Universitário Fametro – Unifametro, Curso de Fisioterapia
Fortaleza – CE

Vani Alves de Azevedo Albuquerque

Centro Universitário Fametro – Unifametro, Curso de Fisioterapia
Fortaleza – CE

Denise Moreira Lima Lobo

Centro Universitário Fametro – Unifametro, Curso de Fisioterapia
Fortaleza – CE

RESUMO: Antigamente, pacientes que sofriam infarto do miocárdio eram submetidos a um tratamento conservador que consistia em repouso prolongado. Nas últimas décadas, diversos estudos mostraram que essa conduta leva à redução da capacidade funcional, contribuindo para um pior prognóstico. A reabilitação cardíaca contribui positivamente para melhorar o status físico e social desses pacientes. O objetivo desse estudo é destacar os efeitos do exercício físico em pacientes que sofreram infarto do miocárdio. Trata-se de uma revisão de literatura com artigos pesquisados no portal PubMed e no diretório de revistas SciELO, utilizando os descritores: infarto do miocárdio, exercício e reabilitação, publicados entre os anos de 2008 a 2018. Foram excluídos os

artigos que não abordavam a temática principal desde estudo. Foram encontrados 177 e após a leitura dos resumos, foram selecionados os 05 artigos mais relevantes. A literatura aponta que dentre os diversos benefícios do exercício físico após o infarto do miocárdio destaca-se a melhora na função endotelial, redução da atividade simpática muscular, aumenta no consumo de oxigênio no pico do exercício, e, conseqüentemente, melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida. Portanto, a reabilitação cardíaca promove benefícios centrais e periféricos para pacientes que sofreram infarto do miocárdio, sendo uma terapêutica não farmacológica eficaz e complementar no tratamento desses pacientes. **PALAVRAS-CHAVE:** Infarto do miocárdio. Exercício. Reabilitação.

ABSTRACT: In the past, patients suffering from myocardial infarction underwent a conservative treatment that consisted of prolonged rest. In the last decades, several studies have shown that this line of treatment leads to reduced functional capacity, contributing to a worse prognosis. Cardiac rehabilitation contributes positively improving physical and social status in these patients. The purpose of this study is to highlight the effects of physical exercise in patients who suffered myocardial infarction. This is a literature review performed by a search

in PubMed portal and in SciELO journals directory, using the descriptors: myocardial infarction, exercise and rehabilitation, published between 2008 and 2018. Articles that deviated from topic of this study were excluded. We found 177 and after reading the abstracts, we selected the 05 most relevant articles. The literature shows that among the various benefits of physical exercise after myocardial infarction, can be highlighted the improvement in endothelial function, reduction of muscle sympathetic activity, increase in oxygen consumption at the peak of exercise, and, consequently, improvement of functional capacity and quality of life. Therefore, cardiac rehabilitation promotes central and peripheral benefits for patients who have suffered myocardial infarction, being an effective and complementary non-pharmacological therapy in the treatment of these patients.

KEYWORDS: Myocardial infarction. Exercise. Rehabilitation.

1 | INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares lideram as estatísticas mundiais de causa de morte (GARBOSSA et al., 2009). Destas, no ano de 2018, os óbitos por infarto agudo do miocárdio ficaram atrás apenas do acidente vascular encefálico e da insuficiência cardíaca. De acordo o Ministério da Saúde, em 2018 aproximadamente 118 mil pessoas foram internadas com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (BRASIL, 2008a) e aproximadamente 12 mil foram a óbito (BRASIL, 2008b). Esta enfermidade é caracterizada por diminuição ou ausência da perfusão miocárdio, tendo como principal causa a formação de trombo em decorrência da ruptura de uma placa aterosclerótica (NICOLAU et al., 2014).

Antigamente, pacientes que sofriam infarto do miocárdio eram submetidos a um tratamento conservador que consistia na manutenção de 40 à 60 dias de repouso (LOPES et al., 2008). Nas últimas décadas, diversos estudos mostraram que o repouso prolongado no leito leva a redução da capacidade funcional, contribuindo para um pior prognóstico (BROWER, 2009). Paralelamente a isso, o interesse em observar os efeitos do exercício físico em pacientes com doença arterial coronariana se intensificou e, atualmente, é consenso universal que a reabilitação cardíaca deve ser recomendada como uma terapêutica complementar não farmacológica no tratamento desses pacientes (DOR-HAIM et al., 2018).

Sabe-se que grande parte dos pacientes que sofrem infarto do miocárdio apresentam dificuldades fisiológicas, laborais e sociais, tendo como consequência uma baixa qualidade de vida (ZHENG et al., 2019). Nesse sentido, a reabilitação cardíaca contribui positivamente para melhorar o status físico e social desses pacientes.

2 | OBJETIVO

Destacar os efeitos do exercício físico em pacientes que sofreram infarto do miocárdio.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura com artigos pesquisados no portal PubMed e no diretório de revistas SciELO, utilizando os descritores: infarto do miocárdio, exercício e reabilitação, publicados entre os anos de 2008 a 2018. Foram excluídos os artigos que não abordavam a temática principal deste estudo. Foram encontrados 177 e após a leitura dos resumos, foram selecionados os 05 artigos mais relevantes.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A reabilitação cardíaca é dividida em quatro fases, sendo a primeira iniciada na fase intra-hospitalar, após 24 a 48 horas sem dor anginosa (HERDY et al., 2014). Essa mobilização precoce tem a finalidade principal de reduzir as complicações do imobilismo no leito, reduzindo o tempo de internação hospitalar (LOPES et al., 2008). Após a alta hospitalar, dá-se início fase 2 da reabilitação cardíaca, a qual compreende em média de 1 a 3 meses após a alta hospitalar (HERDY et al., 2014). Nesta fase, a participação em um programa de reabilitação cardiovascular, envolvendo exercícios aeróbios e resistidos, se faz importante, uma vez que tem o objetivo de proporcionar melhoras físicas e sociais. As fases 3 e 4 compreendem as fases de manutenção precoce e tardia, respectivamente (HERDY et al., 2014). Dentre os diversos benefícios do exercício físico pós-infarto do miocárdio encontrados na literatura destaca-se que pacientes submetidos a treinamento físico apresentam melhora na função neurovascular, observada pela melhora da função endotelial, em decorrência do aumento da biodisponibilidade do óxido nítrico (KIM et al., 2014), e pela redução da atividade simpática muscular (MARTINEZ et al., 2011). Adicionalmente, evidências apontam que o exercício físico está relacionado com o aumento do consumo de oxigênio no pico do exercício (MARTINEZ et al., 2011), com a melhora da sobrevivência nesta população e com a diminuição do risco de reinfarto (LAWLER; FILION; EISENBERG, 2011). Esses fatores em conjunto, levam à melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes que sofreram infarto do miocárdio (LEE et al., 2017).

5 | CONCLUSÃO

A reabilitação cardíaca proporciona benefícios centrais e periféricos para pacientes que sofreram infarto do miocárdio, que levam à melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida, além de promover melhora do prognóstico, sendo, portanto, uma terapêutica não farmacológica eficaz e complementar no tratamento desses pacientes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus: morbidade hospitalar do SUS - internações, 2018, capítulo CID-10-Doenças do aparelho circulatório**. Brasília - DF. 2008a. Disponível em: <http://

tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em: 17 fev 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Datasus: morbidade hospitalar do SUS - óbitos, 2018, capítulo CID-10-Doenças do aparelho circulatório**. Brasília - DF. 2008b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 17 fev 2019.

BROWER, R. G. Consequences of bed rest. **Crit Care Med**, v. 37, n. 10 Suppl, p. S422-8, Oct 2009.

DOR-HAIM, H. et al. Improvement in cardiac dysfunction with a novel circuit training method combining simultaneous aerobic-resistance exercises. A randomized trial. **PLoS One**, v. 13, n. 1, p. e0188551, 2018.

GARBOSSA, A. et al. Effects of physiotherapeutic instructions on anxiety of CABG patients. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, v. 24, n. 3, p. 359-66, Jul-Sep 2009.

HERDY, A. H. et al. South American guidelines for cardiovascular disease prevention and rehabilitation. **Arq Bras Cardiol**, v. 103, n. 2 Suppl 1, p. 1-31, Aug 2014.

KIM, C. et al. Impact of aerobic exercise training on endothelial function in acute coronary syndrome. **Ann Rehabil Med**, v. 38, n. 3, p. 388-95, Jun 2014.

LAWLER, P. R.; FILION, K. B.; EISENBERG, M. J. Efficacy of exercise-based cardiac rehabilitation post-myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Am Heart J**, v. 162, n. 4, p. 571-584 e2, Oct 2011.

LEE, B. J. et al. Quality of Life and Physical Ability Changes After Hospital-Based Cardiac Rehabilitation in Patients With Myocardial Infarction. **Ann Rehabil Med**, v. 41, n. 1, p. 121-128, Feb 2017.

LOPES, J. D. L. et al. Mobilização e alta precoce em pacientes com infarto agudo do miocárdio - revisão de literatura. **Acta Paul Enferm** v. 21, n. 2, p. 345-50, 2008.

MARTINEZ, D. G. et al. Effects of long-term exercise training on autonomic control in myocardial infarction patients. **Hypertension**, v. 58, n. 6, p. 1049-56, Dec 2011.

NICOLAU, J. C. et al. [Guidelines of Sociedade Brasileira de Cardiologia for Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (II Edition, 2007) 2013-2014 Update]. **Arq Bras Cardiol**, v. 102, n. 3 Suppl 1, p. 1-61, Mar 2014.

ZHENG, X. et al. Effect of exercise-based cardiac rehabilitation on anxiety and depression in patients with myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. **Heart Lung**, v. 48, n. 1, p. 1-7, Jan 2019.

FAÇA PARTE DESTE TIME, SEJA DOADOR DE SANGUE! – UM ESTÍMULO AO JOVEM DOADOR

Débora Cristina Schuh

Universidade de Passo Fundo – UPF
Passo Fundo – RS

Cláudia Schoffel Schavinski

Universidade de Passo Fundo – UPF
Passo Fundo – RS

Cristiane da Silva Rodrigues de Araújo

Universidade de Passo Fundo – UPF
Passo Fundo – RS

Fernanda Leite Bortholacci

Universidade de Passo Fundo – UPF
Passo Fundo – RS

Fernanda Marcante Carlotto

Universidade de Passo Fundo – UPF
Passo Fundo – RS

Michele Garcia Muraro

Universidade de Passo Fundo – UPF
Passo Fundo – RS

Raísa Severo Cruz

Universidade de Passo Fundo – UPF
Passo Fundo – RS

Thaís Dall Acqua Jost

Universidade de Passo Fundo – UPF
Passo Fundo – RS

Vitória dos Santos Magalhães

Universidade de Passo Fundo – UPF
Passo Fundo – RS

um ato voluntário de grande importância, visto que não há nenhum fluido capaz de substituir o sangue humano. Além disso, sabe-se que a reposição constante, nos serviços de hemoterapia, é uma realidade. Para que haja a quantidade ideal de sangue nesses serviços, as doações periódicas são fundamentais, as quais são proporcionadas por doadores fidelizados. A fim de tornar os jovens doadores de sangue, fidelizar os que já o são e divulgar à comunidade a importância dessa nobre atitude, a Liga Acadêmica de Oncologia e Hematologia da UPF (LIONCO) realizou, junto ao Serviço de Hemoterapia do Hospital São Vicente de Paulo, uma campanha para estimular os jovens doadores por meio da participação em evento esportivo da faculdade de medicina da Universidade de Passo Fundo (UPF).

PALAVRAS-CHAVE: sangue, doação de sangue, jovem doador.

INTRODUÇÃO

A doação de sangue consiste em um ato voluntário de grande importância, visto que a reposição constante, nos serviços de hemoterapia, é uma realidade. Para que haja a quantidade ideal de sangue nesses serviços, as doações periódicas são fundamentais, as quais são proporcionadas por doadores fidelizados. Em uma campanha que visou à captação e,

RESUMO: A doação de sangue consiste em

também, a fidelização de doadores de sangue, o Serviço de Hemoterapia do Hospital São Vicente de Paulo (SHHSVP), no ano de 2017, realizou a campanha “Faça parte deste time! Seja doador de sangue”, voltada ao jovem doador. Como forma de apoio à campanha, a Liga Acadêmica de Oncologia e Hematologia da UPF (LIONCO) realizou, em parceria com o evento esportivo Intramed, uma atividade que mobilizou o público-alvo da campanha – os jovens – para tornar os estudantes de medicina de Passo Fundo doadores de sangue e, ainda, fidelizar os que já o são.

DESENVOLVIMENTO

Existem diferentes tipos de estratégias de captação de doadores de sangue. Uma delas revela-se o acolhimento, por meio de um bom atendimento aos candidatos a doadores nos serviços de hemoterapia, não só captando novos doadores, mas, também, fidelizando os já existentes. Há, ainda, as estratégias educativas, que são feitas utilizando-se de métodos que informam e educam o público-alvo sobre a doação de sangue. Além do acolhimento e das estratégias educativas, existem as campanhas, que se configuram como estratégias pontuais, em um determinado período de tempo e com uma finalidade específica (RODRIGUES; REIBNITZ, 2011).

No caso da atividade desenvolvida pela LIONCO juntamente com o Intramed, utilizando-se a estratégia de campanha, a finalidade era mobilizar o maior número possível de doadores jovens. Para tanto, recorreu-se aos estudantes de medicina de Passo Fundo, que se enquadram no perfil proposto pela campanha do SHHSVP. A atividade consistiu em uma prova na qual as turmas de medicina das universidades de Passo Fundo competiram entre si e cuja pontuação foi contabilizada da seguinte forma: número de fotos postadas por cada doador no SHHSVP, no Facebook, contendo as *hashtags* #lioncoeintramed, #sejadoadordesangue, #façapartedesstime; e número de comprovantes da doação de sangue entregue pelo SHHSVP. Tanto a entrega do comprovante, quanto a postagem da foto contabilizou um ponto para cada participante. No entanto, os participantes que realizaram ambos ganharam dois pontos. A turma que mobilizasse o maior número de pessoas para doar sangue, além de pontuar nessa categoria no evento Intramed, também reforçaria a importância da doação de sangue, sensibilizaria novos doadores e fidelizaria os já existentes. Os dias destinados à doação foram de 8 a 19 de maio de 2017. Durante os doze dias determinados para a ação, foram contabilizadas mais de cem doações de sangue no SHHSVP. As turmas vencedoras foram: QCB (43 pontos) Debreia (41 pontos) e Bicuda e Canelaço (39 pontos), turmas do quinto, quarto e sétimo níveis do curso de medicina da UPF, respectivamente. Tal atividade, além de aumentar o número de doações no SHHSVP, proporcionou aos alunos que não conheciam a dinâmica da doação de sangue a oportunidade de conhecer e de divulgar esse ato tão especial. Além disso, houve divulgação da proposta em redes sociais, em grupos do Facebook que abrangem vários estudantes, professores, ex-alunos e funcionários de várias instituições, não

ficando restrito a apenas aos alunos que participaram do Intramed. Pretende-se, também, tornar a doação de sangue uma modalidade de todas as próximas edições do Intramed, a fim de que se possa colaborar com a fidelização dos jovens doadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO

A campanha de doação de sangue realizada pela LIONCO, em parceria com o Intramed, alcançou os objetivos esperados pela Liga: em apoio à campanha de 2017 do SHHSVP, tornar os jovens doadores de sangue, fidelizar os que já o são e divulgar à comunidade a importância dessa nobre atitude. Dessa forma, com a mobilização dos estudantes de medicina, conseguiu-se um importante aumento no número doações.

REFERÊNCIAS

RODRIGUES, Rosane Suely May; REIBNITZ, Kenya Schmidt. **Estratégias de captação de doadores de sangue: uma revisão integrativa da literatura.** Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 20, n. 2, p.384-391, jun. 2011. FapUNIFESP (SciELO).

FISIOTERAPIA EM AÇÃO EDUCATIVA VOLTADA PARA PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE PULMONAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Isabel Costa Buson

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário UNIFAMETRO, Fortaleza – CE

Angélica Ferreira do Amaral

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário UNIFAMETRO, Fortaleza – CE

Amanda do Carmo Coutinho

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário UNIFAMETRO, Fortaleza – CE

Linajara Silva Monteiro

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário Unifametro, Fortaleza – CE

Návia Carvalho Monteiro

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário Unifametro, Fortaleza – CE

Isabella Malany dos Santos Menezes Rios

Fisioterapeuta, Preceptora do curso de Graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário UNIFAMETRO, Fortaleza-CE

Natália Aguiar Moraes Vitoriano

Fisioterapeuta, Docente do curso de Graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário UNIFAMETRO, Fortaleza-CE

RESUMO: **Introdução:** A tuberculose pulmonar (TB) é uma preocupação comum entre os profissionais da área da saúde. Seu principal agente etiológico é o *Mycobacterium tuberculosis* e a infecção pode ser desencadeada pela reativação de uma infecção mal curada ou decorrente de uma infecção recentemente

adquirida. A participação dos profissionais na assistência primária junto às pessoas com tuberculose deve acontecer por meio de assistência efetiva e de qualidade. **Objetivo:** Relatar a participação de usuários em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) no município de Fortaleza-CE com a temática sobre tuberculose. **Metodologia:** Trata-se de um relato de prática discente, realizada durante o mês de outubro de 2018, em uma UAPS no município de Fortaleza-CE. Inicialmente foi realizada uma reunião de planejamento para elaboração da atividade educativa e, posterior, confecção dos recursos a serem utilizados, como banners ilustrativos, abordando características da doença. A ação foi conduzida por acadêmicos do curso de Fisioterapia sob a supervisão de um preceptor. O público alvo foram homens e mulheres presentes na sala de espera da UAPS. **Resultados:** A ação foi realizada com abordagem dinâmica, buscando a participação do público. Houve uma boa aceitação e presença de questionamentos em relação à detecção dos sinais e sintomas da tuberculose pulmonar. Alguns usuários relataram conhecer pessoas com a presença de sintomas, sendo estes negligenciados devido à ausência de orientações. **Conclusão:** A ação contribuiu de forma positiva para os acadêmicos e usuários da UAPS, promovendo esclarecimentos sobre a temática.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose. Atenção Primária à Saúde. Fisioterapia.

ABSTRACT: Introduction: Pulmonary tuberculosis (TB) is a common concern among health professionals. Its main etiologic agent is *Mycobacterium tuberculosis* and infection can be triggered by the reactivation of a poorly cured infection or a newly acquired infection. The participation of professionals in primary care among people with tuberculosis must take place through effective and quality assistance. **Objective:** To report the participation of users in a Primary Health Care Unit in the city of Fortaleza-CE with the theme on tuberculosis. **Methodology:** This is a report of student practice, held during the month of October 2018, at a UAPS in the city of Fortaleza-CE. Initially, a planning meeting was held to elaborate the educational activity and, later, to prepare the resources to be used as illustrative banners, addressing characteristics of the disease. The action was conducted by academics of the Physiotherapy course under the supervision of a preceptor. The target audience were men and women present in the UAPS waiting room. **Results:** The action was carried out with a dynamic approach, seeking the participation of the public. There was good acceptance and questioning regarding the detection of signs and symptoms of pulmonary tuberculosis. Some users reported knowing people with the presence of symptoms, which were neglected due to lack of guidelines. **Conclusion:** The action contributed positively to UAPS academics and users, promoting clarification on the subject.

KEYWORDS: Tuberculosis. Primary Health Care. Physiotherapy.

1 | INTRODUÇÃO

A tuberculose pulmonar (TB) é uma preocupação comum entre os profissionais da área da saúde. Seu principal agente etiológico é o *Mycobacterium tuberculosis* e a infecção pode ser desencadeada pela reativação de uma infecção mal curada ou decorrente de uma infecção recentemente adquirida. O diagnóstico da TB pulmonar ocorre através de achados radiológicos associados à história clínica do indivíduo, sendo sua confirmação obtida através da baciloscopia onde existe a detecção precoce do bacilo causador (bacilo de Koch) e o controle visa minimizar a disseminação do mesmo. (DA SILVA, 2016)

A patologia é uma prioridade na área e está contemplada em programas que o Ministério da Saúde desenvolve, por meio de ações de prevenção, controle e vigilância. Destacando-se com maior ênfase no nível da atenção primária à saúde (APS), pois a mesma destaca-se como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo em seu âmbito serem realizadas atividades de prevenção e promoção contra a doença. As equipes da estratégia de saúde da família promovem ações por busca ativa de pacientes que possam ter sintomas, notificação de casos ou acompanhamento e alta comprovada por cura. (BERALDO, 2017)

O Programa Nacional de controle a tuberculose tem como objetivo captar o indivíduo que possui tosse produtiva a mais de três semanas, considerando- o um

caso em potencial. É conduta do profissional da unidade acolher o paciente com tais sintomas e solicitar os exames necessários para que aconteça o diagnóstico. (DOS SANTOS, 2017)

A participação dos profissionais na atenção primária junto às pessoas com tuberculose deve acontecer por meio de assistência efetiva e de qualidade, pois a partir do diagnóstico precoce o ciclo de transmissão da doença é interrompido, permitindo assim, maior efetividade na recuperação. (RAMIREZ, 2017)

A fisioterapia no tratamento da TB tem como maior foco a reabilitação da função pulmonar do paciente acometido visando à minimização das complicações respiratórias, pois, se torna uma aliada de grande importância para reestabelecer o indivíduo, utilizando técnicas de higiene brônquica, reeducação ventilatória e ganho de força dos músculos que auxiliam no processo. (BOTEZEL, 2016).

2 | OBJETIVO

Relatar a participação de usuários em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza-CE com a temática sobre tuberculose.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de prática discente, a partir de uma ação realizada durante o mês de outubro de 2018, em uma Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) no município de Fortaleza-CE. Inicialmente foi realizada uma reunião de planejamento para elaboração da atividade educativa e, posterior, confecção dos recursos a serem utilizados, como banners ilustrativos, abordando características da doença e informações sobre exames e tratamento após o diagnóstico da patologia.

A ação foi conduzida por acadêmicos do curso de Fisioterapia durante a disciplina de estágio supervisionado I sob a supervisão de um professor preceptor que auxiliou no desenvolvimento da ação juntamente com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da unidade. O público alvo foram homens e mulheres presentes na sala de espera da UAPS que aguardavam por assistência médica.

A abordagem consistiu em exposição da temática, a tuberculose, exemplificando seus sinais e sintomas, realização de exames para diagnóstico e seu tratamento, seguida da participação dos usuários com dúvidas e questionamentos.

4 | RESULTADOS

A ação foi realizada com abordagem dinâmica e informativa buscando a participação do público. Houve uma boa aceitação e presença de questionamentos em relação à detecção dos sinais e sintomas da tuberculose pulmonar.

Os participantes relataram que as informações repassadas sobre o quadro clínico do paciente com TB eram importantes, devido seu desconhecimento sobre a evolução

da patologia que ocorria, de forma lenta e com sintomas que iniciavam com tosse seca e depois de algum tempo vinha a ser produtiva, além de febre baixa, sudorese noturna e quadros de anorexia.

Quando informados sobre o tratamento clínico alguns usuários relataram conhecer pessoas com a presença de sintomas, sendo estes negligenciados devido à ausência de orientações e o desconhecimento em relação aos serviços oferecidos pela UAPS para diagnóstico da TB. Ademais, foi informado o tratamento baseado na administração de antibióticos resistentes ao bacilo, devendo o uso ser ininterrupto no período de seis meses.

Alguns usuários não tinham conhecimento de como a fisioterapia se inseria no tratamento da patologia, sendo explicado pelos acadêmicos que a profissão pode atuar no treinamento e reeducação da musculatura respiratória, promovendo uma melhora da função pulmonar e um aumento na tolerância aos exercícios, consequentemente, melhora da qualidade de vida do paciente. Estes fatores demonstraram a importância de intervenções educativas em saúde e a relevância de atividades com foco no diagnóstico precoce na atenção primária.

Foi possível ao final da ação, estabelecer, juntamente com a população, estratégias que melhorassem os cuidados à tuberculose no que diz respeito ao tratamento, prioridades no atendimento e facilidade de agendar outros procedimentos visando à prevenção de problemas futuros, bem como capacitar mais profissionais para que possam realizar posteriores ações educativas sobre a temática.

5 | CONCLUSÃO

A ação contribuiu de forma positiva para os acadêmicos e usuários da UAPS, promovendo esclarecimentos sobre a temática com o diálogo e a apresentação dinâmica sobre o assunto. Assim, podemos constatar que estratégias educativas em saúde desenvolvidas na atenção básica, em pacientes que estejam aguardando por consulta na sala de espera, valorizam a prática da promoção da saúde e é de baixo custo, gerando assim uma nova concepção de atendimento na atenção básica, levando a informação como parte do planejamento para a prevenção.

O usuário que tem o conhecimento sobre as possíveis causas e seus sintomas procura a assistência e consequentemente quando há um diagnóstico precoce vem a ter um tratamento com melhor eficácia.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Luize Barbosa et al. **Sintomático respiratório de tuberculose na atenção primária: avaliação das ações segundo as recomendações nacionais.** Revista Rene, v. 17, n. 3, 2016.

BERALDO, Aline Ale et al. **Adesão ao tratamento da tuberculose na Atenção Básica: percepção de doentes e profissionais em município de grande porte.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 21, n. 4, p. 1-8, 2017.

BOTEZEL, Dayane Medeiros; DOSSENA, Laura Olinto; NAUE, Wagner Silva. **Efeito de um programa de fisioterapia em pacientes com tuberculose pulmonar.** Revista Perspectiva: Ciência e Saúde, v. 1, n. 1, 2016.

DA SILVA OLIVEIRA, Gabriel et al. **Identificação laboratorial de micobactérias em amostras respiratórias de pacientes com suspeita de tuberculose pulmonar no Laboratório Central de Saúde Pública do Distrito Federal (LACEN-DF).** Journal of Health & Biological Sciences, v. 4, n. 3, p. 187-192, 2016.

LIMA, Carla Cristina Oliveira de Jesus et al. **Conhecimento de graduandos de enfermagem sobre tuberculose.** Enfermagem Brasil, v. 17, n. 1, p.26-33, 2018.

DE OLIVEIRA, Daniela Carla et al. **Recursos Fisioterapêuticos em tuberculose pulmonar.** Saúde (Santa Maria), v. 34a, n. 1-2, p. 09-11, 2008.

DOS SANTOS, Mariana César et al. **Organização da atenção primária para diagnóstico e tratamento da tuberculose.** Cogitare Enfermagem, v. 22, n. 2, p. e48151, 2017.

MACIEL, Ethel Leonor et al. **Reflexões sobre o artigo “Avaliação do impacto das mudanças do tratamento da tuberculose implantadas em 2009 no controle da tuberculose pulmonar no Brasil”.** J BrasPneumol, v. 44, n. 3, p. 249-252, 2018.

DE MORAES, Maria Glória; GARDENGHI, Giulliano. **Perfil epidemiológico de indivíduos com tuberculose pulmonar no município de Rondonópolis–MT.** Revista Eletrônica Saúde e Ciência, v. 5, n. 2, 2015.

PINTO, Márcia Ferreira Teixeira et al. **Impacto orçamentário da incorporação do GeneXpert MTB/RIF para o diagnóstico da tuberculose pulmonar na perspectiva do Sistema Único de Saúde, Brasil, 2013-2017.** Cadernos de Saúde Pública, v. 33, n.9, p. e00214515, 2017.

RAMIREZ, Ana Rosa Machado. **Intervenção Educativa em Saúde com Pacientes Portadores de Tuberculose Pulmonar, no Município de Cariré-CE.** Universidade Federal do Ceará. Ceará, 2015.

O ESTILO DE VIDA ASSOCIADO A HIPERTENSÃO ARTERIAL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Cinthy Beatriz Martins Alves

Faculdade Pitágoras, Departamento de
fisioterapia
Fortaleza – Ceará

Francisca Maiara Matos Soares

Faculdade Pitágoras, Departamento de
fisioterapia
Fortaleza – Ceará

Italine Maria Lima de Oliveira Belizário

Faculdade Pitágoras, Departamento de
fisioterapia
Fortaleza – Ceará

Karolyne Ferreira Santos

Faculdade Pitágoras, Departamento de
fisioterapia
Fortaleza – Ceará

Larissa Ferreira dos Santos

Faculdade Pitágoras, Departamento de
fisioterapia
Fortaleza – Ceará

RESUMO: A hipertensão arterial (HA) é uma doença de origem multifatorial considerada um problema de saúde de elevado impacto médico e social em razão das diversas complicações cardiovasculares que ela pode desencadear.

OBJETIVO: Realizar uma revisão bibliográfica sobre o estilo de vida associado a HA e expor como o estilo de vida pode influenciar na melhora ou no agravamento da HA. **METODOLOGIA:**

Realizou-se uma revisão bibliográfica no qual bases de dados utilizadas para a realização da pesquisa foram: LILACS e SCIELO, no período de novembro de 2018. Foram incluídos artigos originais publicados entre 2008 e 2018, limitados a língua portuguesa, inglesa e espanhola. Foram excluídos artigos de revisão, estudos de caso e metanálise. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dentre os fatores associados ao estilo de vida que podem causar a HA o índice de massa corpórea (IMC) e circunferência abdominal elevada são aspectos comuns a maioria dos indivíduos com a patologia. Além disso, agentes extrínsecos como o tabagismo e etilismo associados ao sedentarismo favorecem o aparecimento de doenças cardiovasculares. **CONCLUSÃO:** Foi possível concluir que existe uma relação entre o estilo de vida e a HA onde ex-fumantes, pessoas que ingerem bebidas alcoólicas, obesos e sedentários não só desenvolvem a HA, mais também outras patologias que quando associadas a HA podem causar complicações cardiovasculares.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão arterial; Estilo de vida.

ABSTRACT: Hypertension (AH) is a multifactorial disease considered to be a health problem of high medical and social impact due to the various cardiovascular complications that it can cause. **OBJECTIVE:** To perform a literature

review on the lifestyle associated with HA and to explain how lifestyle can influence the improvement or the aggravation of HA. **METHODS:** A bibliographic review was carried out in which the databases used for the research were: LILACS and SCIELO, in the period of November 2018. Original articles were published between 2008 and 2018, limited to Portuguese, English and Spanish. Review articles, case studies and meta-analysis were excluded. **RESULTS AND DISCUSSION:** Among the factors associated with the lifestyle that may cause HA, body mass index (BMI) and elevated waist circumference are common aspects of most individuals with the pathology. In addition, extrinsic agents such as smoking and alcoholism associated with sedentary lifestyle favor the onset of cardiovascular diseases. **CONCLUSION:** It was possible to conclude that there is a relationship between lifestyle and hypertension where ex-smokers, alcoholics, obese and sedentary people not only develop HA, but also other pathologies that when associated with HA can cause cardiovascular complications. **KEYWORDS:** Arterial hypertension and lifestyle.

1 | INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é uma doença de origem multifatorial considerada um problema de saúde de elevado impacto médico e social em razão das diversas complicações cardiovasculares que ela pode desencadear (SBH, 2004). A confirmação do diagnóstico de HA é feita pela demonstração de valores da pressão arterial (PA) sistólica ≥ 140 mmHg ou de valores de PA diastólica ≥ 90 após duas ou mais medições da PA, realizados com intervalo de algumas semanas entre elas (SBH, 2010).

O valor da PA é dado pelo resultado da multiplicação do débito cardíaco (DC) pela resistência vascular periférica (RVP) (Franklin, 2000). A PA quando se encontra acima dos valores de normalidade pode provocar alterações na vasculatura e hipertrofia do ventrículo esquerdo (Goodman & Gilman, 2006). Na população normotensa e nos portadores de HA existe alteração do DC com retorno concomitante da RVP para determinado nível de PA. Dentre os fatores que podem alterar o DC estão a concentração e o relaxamento do miocárdio, o volume sanguíneo, o retorno venoso e a frequência cardíaca (Sanjuliani, 2002; Frohlich, 1988).

A RVP está diretamente relacionada com a espessura da parede das artérias, ocorrendo uma intensificação ao estímulo vasoconstrictor nos vasos (Sanjuliani, 2002). Nos pacientes com HA o aumento da PA pode ocorrer tanto pelo aumento da RVP, como pelo aumento do DC que é responsável pela HA (Frohlich, 1992).

A vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) em 2017 registrou que houve um aumento do número de pessoas que foram diagnosticadas por HA. De 2006 para 2016 o crescimento foi de 14,2%, no qual o Rio de Janeiro (RJ) teve a maior prevalência de diagnóstico médico de hipertensão e Palmas (TO), a menor (VIGITEL, 2017).

A HA é uma doença que não tem cura, mas possui tratamento que auxilia no seu controle. A terapia anti-hipertensiva quando feita de maneira efetiva reduz o risco

de acidente vascular cerebrais, de insuficiência cardíaca e renal. Para prevenção de complicações deve-se adotar um estilo de vida saudável com prática regular de exercícios físicos e mudança de hábitos alimentares (Goodman & Gilman, 2006; Ministério da Saúde).

Este trabalho teve como objetivo descrever a relação do estilo de vida com a hipertensão arterial, assim como analisar a influência do estilo de vida na melhora ou no agravamento da hipertensão arterial.

2 | METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa sobre a relação da hipertensão arterial com o estilo de vida nas bases de dados eletrônicas LILACS e SCIELO no período de novembro de 2018. Como medida de seleção foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Arterial hypertension e lifestyle, sendo captados 827 com a utilização dessas palavras. Seguindo como critérios de inclusão: artigos originais publicados entre 2008 a 2018, limitados a língua portuguesa, inglesa e espanhola. Foram excluídos do estudo artigos de revisão, meta-análise, estudos de caso e artigos que não possuísem texto completo. Posteriormente a execução dos critérios de inclusão e de exclusão foram escolhidos 6 artigos.

3 | RESULTADOS/ DISCUSSÃO

Os artigos com assuntos pertinentes encontram-se resumidos no quadro 1.

Autor/ Ano	Tipo de estudo	Amostra	Variáveis analisadas	Resultados obtidos
Oliveira et al/ 2011	Estudo transversal	335 pessoas	Análises bioquímicas, IMC, circunferência abdominal, consumo alimentar nas últimas 24 horas e avaliação da PA.	Os indivíduos hipertensos apresentaram IMC mais elevados e nos dados bioquímicos apresentaram glicemia mais elevada.
Martins et al/ 2014	Estudo transversal	140 pessoas	Analisar grupos aderentes e não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo.	A maior parcela da população estudada é feminina, com baixo nível de escolaridade.
Moreira et al/ 2015	Estudo transversal	1716 adolescentes	Peso, perímetro da cintura, PA e estado nutricional.	Houve prevalência maior de HAS no sexo masculino, o estado nutricional e o perímetro da cintura mostrou relação direta ao aumento da PA.
Zangirolani et al/ 2018	Estudo transversal de base populacional	957 pessoas	Idade, sexo, escolaridade, estilo de vida.	A HA é maior em sedentários, ex-fumantes e em indivíduos com excesso de peso.

Campos et al/2017	Estudo exploratório	265 pessoas	Condição atual, adesão ao tratamento, hábitos e estilo de vida, conhecimento e crenças sobre a doença.	Os óbitos e a internação poderiam estar associados aos hábitos e estilo de vida.
Peixoto et al/2017	Estudo transversal	875 pessoas	Dados antropométricos, sociodemográficos e estilo de vida.	Para prevenir a elevação da PA e o controle de peso deve haver mudanças no estilo de vida.

Quadro 1

Oliveira et al realizaram um estudo com 355 indivíduos com idade entre 44 e 65 anos, participantes de um programa de mudança de estilo de vida. Onde coletaram dados sobre a circunferência abdominal, índice de massa corpórea (IMC), foram realizadas coletas sanguíneas para análises bioquímicas. A parte nutricional foi avaliada por meio de anamnese nutricional sobre alimentação das últimas 24 horas, a avaliação da PA levou como referência a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Os indivíduos hipertensos apresentaram um IMC mais elevados em relação aos não hipertensos.

Martins et al realizaram um estudo na cidade de Montes Claros em Mg, na atenção básica no Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, onde participaram 140 pessoas que estavam em tratamento para hipertensão arterial. Foi utilizado teste de Moriskey-Green com o intuito de avaliar as atitudes dos pacientes em relação ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial. Utilizaram o teste pearson para colher dados sobre o estado econômico, estilo de vida e conhecimentos sobre a patologia. A grande maioria dos participantes são do sexo feminino, no qual se observou que a população feminina procura mais por serviços do que homens. A idade mediana da população estudada ficou entre 40 e 49 anos, em relação ao nível de escolaridade predominou ensino fundamental completo, onde indica que fator social é um indicador saúde-doença.

Moreira et al realizaram um estudo transversal com o público adolescente na faixa entre 10 e 16 anos, estudantes da rede privada e pública, de ambos os sexos. Ao todo foram 1.716 participantes. Foram realizados questionários no âmbito socioeconômico, sociodemográfico e atividades diárias, além da verificação de valores referentes ao peso, altura, circunferência abdominal e valores da PA. Investigaram a quantidade de tempo utilizada para atividade física por meio do questionário da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar, classificados em inativos e ativos. Os dados foram analisados pelo software Stata Statistical Package For The Social Sciences, onde os resultados colhidos mostraram que 11,7% possui HAS. O estudo mostrou que a obesidade, o estado nutricional e o perímetro da cintura possuem relação direta ao surgimento da HAS.

Zangirolani et al realizaram um estudo transversal de base populacional para identificar os fatores associados a HA. O estudo foi realizado com as informações

de 957 adultos. A hipertensão arterial é significativamente maior em mulheres e nos indivíduos de menor escolaridade. Também foi verificado um aumento do diagnóstico de hipertensão com a idade a prevalência de HA foi mais elevada nos indivíduos inativos de lazer, nos ex-fumantes, assim como nas pessoas com excesso de peso.

Campos et al em um estudo exploratório com 265 hipertensos após internação em um hospital, avaliaram a condição atual, adesão ao tratamento, hábitos e estilo de vida, conhecimentos e crenças sobre a doença. Quanto ao estilo de vida verificou-se que 32% dos pacientes faleceram, assim foram entrevistados 100 indivíduos, no qual 13% eram tabagistas, 38% ingeriam bebida alcoólica e 80% não realizavam exercícios físicos. Os autores concluíram que os óbitos ocorridos após internação poderiam estar associados aos hábitos e estilo de vida.

Peixoto et al em um estudo transversal, tiveram como objetivo avaliar o ganho de peso na vida adulta e verificar sua influência sobre a prevalência da HA. Analisaram dados antropométricos, sociodemográficos e estilo de vida. Observou-se associação entre o aumento da idade e o ganho de peso, assim como ex-fumantes apresentaram ganho de peso. A frequência de HA foi maior nos indivíduos com alto ganho de peso.

O presente estudo apresentou alguns resultados similares como encontrados por Martins et al e Zangirolani et al, no qual mostrou que as mulheres têm maior participação nos estudos e que elas foram mais acometidas pela HA. Além disso, nos respectivos estudos o nível de escolaridade apresentado pelos participantes foi o ensino fundamental.

Moreira et al viu que existe uma relação entre a obesidade e a HAS junto com o aumento do perímetro da cintura, enquanto Oliveira et al viu circunferência abdominal e o IMC e observou que os hipertensos apresentaram o IMC mais elevado.

Campos et al e Zangirolani et al tiveram como base identificar fatores que contribuíssem com o surgimento da HA. Campos et al mostrou que existem fatores agravantes que contribuem para o índice de HA como a baixa adesão ao tratamento.

Moreira et al., Peixoto et al., Campos et al., Zangirolani et al., nas respectivas pesquisas observou-se que dos indivíduos que participaram das pesquisas há maior parte não praticava nenhuma atividade Física, além disso, foi ressaltado nos estudos a importância da adoção de melhores hábitos e estilos de vida saudáveis, sendo a atividade física uma ferramenta importante na promoção de saúde e no tratamento da HA. Com o propósito de contribuir para a promoção da saúde, a atuação multidisciplinar do Núcleo de Assistência na Saúde da Família - NASF, colabora para a propagação dos cuidados de vida saudáveis e prevenção dos agravos.

4 | CONCLUSÃO

Conforme os estudos inclusos no artigo em questão, foi possível concluir que existe uma relação entre o estilo de vida e a HA onde ex-fumantes, pessoas que ingerem bebidas alcoólicas, obesos e sedentários não só desenvolvem a HA, mais

também outras patologias que quando associadas a HA podem causar complicações cardiovasculares. A HA pode causar um saldo negativo na qualidade de vida desses indivíduos. Sendo assim, faz-se necessário que os hipertensos sejam orientados para prevenir as possíveis complicações associadas a patologia assim como o seu agravo. Onde a atuação da equipe multidisciplinar do NASF corrobora para a promoção de saúde dos usuários em suas informações e esclarecimentos relevantes sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

Brasil, VIGITEL – Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel.pdf>. Acesso em: 14 de novembro 2018.

CAMPOS, C.L.; PIERIN, A.M.G.; PINHO, N.A. **Hypertension in patients admitted to clinical units at university hospital: post-discharge evaluation rated by telephone.** *Einstein*, 2017; 15(1): 45-9.

FRANKLIN, S.S. **Is there a preferred antihypertensive therapy for isolated systolic hypertension and reduced arterial compliance?** *Curr. Hypertens. Rep.* 2000; 2: 253–259.

FROHLICH, E.D. **The first Irvine H. Page lecture. The mosaic of hypertension: past, present and future.** *J Hypertens Suppl* 1988;6: S2–11.

FROHLICH, E.D.; APSTEIN, C.; CHOBANIAN, A.V.; et al. **The heart in hypertension.** *N Engl J Med*, 1992; 327: 998-1008.

GOODMAN, A. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica.** 11. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2006.

MARTINS, L.C.G.; LOPES, M.V.O.; GUEDES, N.G.; et al. **Estilo de vida sedentário em indivíduos com hipertensão arterial.** *Rev. Bras. Enferm.* 2015; 68(6): 1005-12.

Ministério da saúde. **Hipertensão arterial/Pressão alta.** Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/hipertensao>. Acesso em: 12 de novembro 2018.

MOREIRA, N.F.; MURARO, A.P.; BRITO, F.S.B.; et al. **Obesidade: principal fator de risco para hipertensão arterial sistêmica em adolescentes brasileiros participantes de um estudo de coorte.** *Arq. Bras. Endocrinol. Metabol*, 2013; 57: 520–526.

OLIVEIRA, E.P.; CAMARGO, K.F.; FULLIN, CASTANHO, G.K.; NICOLA, M.; et al. **A variedade da dieta é fator protetor para a pressão arterial sistólica elevada.** *Arq. Bras. Cardiol.* 2012; 98(4):338-43.

PEIXOTO, M.R.G.; CORDEIRO, M.M.; FERREIRA, V.R.; CARDOSO, C.K.S.; CRISPIM, P.A.A. **Ganho de peso na vida adulta: preditor da hipertensão arterial?** *Cad. Saúde. Colet*, 2017; 25(1): 58-64.

SANJULIANI, A.F. **Fisiopatologia da hipertensão arterial: conceitos teóricos úteis para a prática clínica.** *Revista da SOCERJ.* 2002 Out./Nov./Dez; XV(4):210-18.

Sociedade Brasileira de Cardiologia SBC; Sociedade Brasileira de Hipertensão SBH e Sociedade Brasileira de Nefrologia SBN. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** *Arq. Bras. Cardiol.* 2004; 82(Supl IV): 7-14.

Sociedade Brasileira de Cardiologia SBC; Sociedade Brasileira de Hipertensão SBH e Sociedade Brasileira de Nefrologia SBN. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

ZANGIROLANI, L.T.O.; ASSUMPÇÃO, D.; MEDEIROS, M.A.T.; BARROS, M.B.A. **Hipertensão arterial autorreferida em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência, fatores associados e práticas de controle em estudo de base populacional**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018; 23(4): 1221-1232.

PARTICIPAÇÃO DE DISCENTES EM UMA LIGA ACADÊMICA DE GÊNERO E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Lucas Fernandes de Oliveira

Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Bolsista do Programa Bolsista de Iniciação Científica (PROBIC/UNIFOR).
Fortaleza-Ceará.

Maria Alix Leite Araújo

Enf^a. Docente do Programa Pós-Graduação de Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Membro da Comissão Nacional de Validação da Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV. Fortaleza-Ceará.

Marilene Alves Oliveira Guanabara

Enf^a. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.
Fortaleza-Ceará.

Gabriela Nogueira de Castilho

Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
Fortaleza-Ceará.

Yasmin Melo Aragão

Acadêmico do Curso de Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
Fortaleza-Ceará.

Ana Beatriz Silva do Nascimento Melo

Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
Fortaleza-Ceará.

dos discentes em uma liga acadêmica, na universidade de Fortaleza (UNIFOR), situada na região nordeste, no município de Fortaleza – Ceará, Brasil. Refere-se a um relato de experiência sobre os momentos vividos por graduandos na área da saúde, como membros da Liga Acadêmica (LA) e descrevendo o crescimento profissional e desempenho como acadêmico no projeto de extensão. A Liga Acadêmica de Gênero e Infecções Sexualmente Transmissíveis (LAGIST) trabalha com projetos sociais que se desenvolvem através de metodologias ativas, busca ofertar seu trabalho para a comunidade refletindo, assim, como fator de crescimento social. A experiência relatada foi vivenciada no período de 2017 e 2018, onde se evidenciou que a liga acadêmica é de grande importância para a formação profissional e traz ensinamentos que as disciplinas não oportunizam aos alunos. No entanto, pode-se tornar desafiador ao acadêmico participar da extensão acadêmica, pois envolve comprometimento, administração do tempo, proatividade e cientificidade que é buscada pelo esforço voluntário do participante da liga.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças Sexualmente Transmissíveis. Educação. Relações Comunidade-Institucional. Universidades

RESUMO: Trata - se de um relato de experiência

PARTICIPATION OF STUDENT IN A ACADEMIC LEAGUE OF GENDER AND SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

ABSTRACT: This study is an experience report about the student's participation in an academic league, at the University of Fortaleza (UNIFOR), located in the Northeast, in the city of Fortaleza - Ceará, Brazil. It is an experience report about the moments lived by students of the health area, as members of the academic league (LA) and its growth and performance as academic. The Gender Academic League and Sexually Transmitted Infections (LAGIST), works with social projects which are developed through active methodologies, seek to offer its work to the community reflecting such as a factor of social growth. The experience described in this study happened in the period of 2017 and 2018. This experience has shown that the academic league has a great importance for professional training and brings lessons that that the academic subjects do not bring to the students. However, it can be challenging for the student to participate in an academic extension, since it involves commitment, time management, proactivity and scientificity that is sought by the effort made, voluntarily, by the league participant.

KEYWORDS: Sexually Transmitted Diseases. Education. Community-Institutional Relations. Universities.

1 | INTRODUÇÃO

Dentro dos projetos de extensão existentes nas universidades, as Ligas Acadêmicas (LAs) são entidades constituídas fundamentalmente por estudantes, que visam aprimorar o estudo e habilidades adquiridas na graduação de uma área específica do conhecimento, visando integrar acadêmicos de diversos períodos e cursos que tenham interesse na área específica da LA, podendo ser ou não da mesma instituição de ensino (SILVA, et al, 2015). Para isso, as atividades das LAs se baseiam nos princípios do tripé universitário de Ensino, Pesquisa e Extensão, com a supervisão de docentes ou profissionais vinculados a instituição, de duração indeterminada, sem fins lucrativos.

Nesse sentido, podemos considerar que a LA é considerada como um espaço transformador de possibilidades e partilhar experiências acadêmicas, de crescimento pessoal e profissional, desenvolvendo e aprimorando conhecimentos dos alunos. Bem como espaço que contribui para o desenvolvimento do ensino e pesquisa, além de que promove o vínculo entre estudantes, professores e aproxima a academia da comunidade (CAVALCANTE et al., 2018).

As LAs são formadas por discentes, onde as atividades são formalizadas por meio da colaboração entre professores, onde os mesmos são pesquisadores e por iniciativa dos próprios alunos, que tem como interesse explorar e aprofundar os conhecimentos do tema em que a LA trabalha (BASTOS et al., 2012).

Por fim as LAs obviamente trazem benefícios tanto para o acadêmico quanto para

a comunidade no geral, potencializando propagação e relevância do conhecimento adquirido pelo discente durante sua vida enquanto acadêmico, gerando ações que proporcionam melhorias para seus clientes, utilizando o conhecimento sempre em prol do bem social e construindo sua formação profissional (QUEIROZ et al, 2014).

Nesse contexto, tendo em vista a formação e a construção do conhecimento as universidades brasileiras têm um papel fundamental de promover os espaços para a produção e disseminação do conhecimento, para a formação e a capacitação de profissionais, onde forma um mercado de trabalho qualificado. Além, de que devem estar fundamentadas sobre o tripé formado por ensino, pesquisa e extensão, que constitui o eixo fundamental das universidades do Brasil, conforme preconiza o artigo 207 da Constituição Brasileira (Brasil, 1996).

A procura pela formação superior vem se intensificando ao passar dos anos, logo passa a exigir um novo perfil de profissional, que busque atender as novas perspectivas de trabalho, exigindo do profissional um referencial pedagógico que preconiza a educação crítico-reflexiva, onde se espera que o aluno dentro da formação acadêmica seja sujeito ativo do processo ensino-aprendizagem, de modo a contribuir com a remodelação social na realidade vivenciada pela comunidade (SILVA et al, 2015).

As instituições de ensino superior estão em um trabalho constante na reconstrução da grade curricular, a fim de acompanhar as mudanças do mercado, que necessita de profissionais competentes, com base científica, capacidade de liderança e gestão e proatividade (SOUZA, 2011).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) criada em 1996, definiu o papel da educação superior na formação acadêmica, destacando o estímulo ao conhecimento dos problemas da sociedade, com a finalidade de formar profissionais nas diferentes áreas do conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira (LEONELLO, 2011; TORRES, 2008).

A política nacional de extensão ressalta que a Extensão Universitária é um “processo educativo, cultural e científico que articula Ensino e a Pesquisa de forma indispensável para a formação ética e profissional do discente que viabiliza a relação transformadora entre a Universidade e a Sociedade” (NOGUEIRA, 2000).

Considerando que vem se articulando há décadas, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, passaram a propor aplicação de metodologias que interligassem o ensino, pesquisa, extensão e a assistência, atividades que por vez são voltadas para a comunidade, fundamentos estes que ocorrem nas Ligas Acadêmicas (LA) (BASTOS et al., 2012).

Em relação aos dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se que todos os anos são registrados 12 milhões de casos por IST que têm cura e atingem pessoas entre 15 e 49 anos de idade, sendo que um milhão de casos por dia, entre clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase. Os dados evidenciam o quanto é importante à realização de ações para prevenir e controlar as IST entre os jovens, pois

a falta de conhecimento, aliado à falta de interesse em utilizar métodos preventivos para as relações sexuais protegidas, são fatores que aumentam a vulnerabilidades desses jovens em relação a contaminação por IST/HIV (ANJOS et al, 2012; Brasil 2018). Dessa forma uma estratégia básica para o controle da transmissão das IST/HIV é a prevenção por meio de atividades educativas que focaliza a vulnerabilidade inerente a uma relação sexual desprotegida, a mudança no comportamento e a adoção dos preservativos (BRASIL, 2006).

A importância do debate sobre a diversidade sexual e de gênero dentro da universidade percorre desde os anos de 1970, historicamente, à repercussão e movimentação de grupos feministas e gays, vinham denunciando a exclusão de suas participações em programas curriculares das universidades (DINIS, 2008). Diante do exposto o artigo tem como objetivo relatar a experiência de discentes em uma liga acadêmica de gênero e infecções sexualmente transmissíveis

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência da participação de discentes em uma Liga Acadêmica de Gênero e Infecções Sexualmente Transmissíveis (LAGIST), caracterizando a extensão universitária como um excelente requisito para a formação de enfermeiro, ofertada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), situada no bairro Edson Queiroz, em Fortaleza – Ceará. A LAGIST foi idealizada com o objetivo de fornecer complementação teórico-prático adicional sobre assuntos relacionados à temática de Gênero e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Entendo como base o tripé: Ensino, Pesquisa e Extensão (CAVALTANTE et al., 2018).

O relato foi desenvolvido pelos discentes e docentes dos cursos de Enfermagem e Psicologia que participam da extensão acadêmica. Assim, para a produção de dados para a vivência de participação ocorreu nos anos de 2017 e 2018, por meio da inserção de atividades desenvolvidas pela LA.

Ao total foram desenvolvidos projetos tais como, palestra para jovens da comunidade, o segundo para, palestra para estudantes secundaristas, onde as palestras são trabalhadas de forma com que os ouvintes participem interagindo com os ligantes. Também foram desenvolvidos projetos na universidade, que por meio de intervenções que acontecem dentro do campus, nas formas de orientações, por meio de filmes, cartazes, encenação, mídias visuais e sonoras, assim ligando a intervenção na comunidade e no campus da universidade. Os projetos são organizados e planejados antecipadamente para que todos os membros da liga tenham a oportunidade de participar.

A LA, atualmente conta com sete membros, onde desde a criação da liga já aconteceram dois processos seletivos. Contam com três docentes ligados à própria universidade onde a liga pertence.

A participação de cada membro da LA é fundamental para dar continuidade às

atividades da LAGIST, sendo constituída pelo aluno proativo, onde o mesmo segue as etapas de qualificação do assunto em que a liga aborda, estudando simultaneamente para poder discutir no grupo. Os docentes responsáveis pela mesma preparam aulas introdutórias para os alunos iniciarem a busca pela temática desenvolvida. As reuniões acontecem semanalmente, seja para discussão de artigos, criação de projetos, ensaio para apresentações, discussão sobre palestras a serem realizadas ou quaisquer outras atividades. Os ligantes, geralmente cumprem a carga horária de seis horas semanais, onde duas são voltadas para as reuniões e às quatro horas, são voltadas para projetos e demais atividades da liga como, minicursos e palestras.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

ALAGIST é pode ser composta por alunos na área da saúde, a saber: Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, Medicina, Nutrição, Psicologia, formando um corpo discente com diversos saberes para criação, aplicação e manutenção dos projetos sociais, onde os alunos aprendem como criar um projeto de intervenção e aplica-lo de forma sistemática e integral. A LA trabalha com um principal objetivo, levar a informação para sociedade dentro do que é trabalhado, como gênero e IST, por se tratar de uma liga com essa temática.

O processo seletivo acontece anualmente, disponível para todos os estudantes da universidade que estejam devidamente matriculados e cursando do segundo ao antepenúltimo semestre do curso de base. A seleção acontece por três fases, sendo, prova escrita, apresentação em grupo, sendo de caráter eliminatório e análise do currículo como caráter classificatório.

A avaliação dos participantes acontece através da análise de pontos obtidos, onde os escores variam de zero a dez pontos por cada etapa concluída, sabendo que a quantidade maior de pontos é classificatória e a menor quantidade é desclassificatória. Para garantir a devida segurança para os membros e os novos ingressantes na liga, são arquivados todos os registros de pontuação dos mesmos que estão na seleção. Nestes um ano de funcionamento da Liga, já foram realizadas atividades de promoção e prevenção da saúde, que acontece por meio de palestras, sejam elas em escolas ou espaços sociais, que tem como intuito levar a informação de prevenção e conhecimento das ISTs mais recorrentes na sociedade, onde os ouvintes possam debater com os ligantes as vulnerabilidades sociais, agravos gerados socialmente e economicamente. São realizadas ações como, oferta de teste rápido, onde foi realizado juntamente com Secretária Municipal de Saúde, dentro do campus da universidade, sendo ofertados a todos os que estavam presentes no local, assim como distribuição de cartazes motivacionais para as mulheres dentro da universidade, onde foram espalhados por todo o campus, filmes para o meio acadêmico, gerando no final um debate coletivo dos presentes, onde são discutidos aspectos importantes que foram apresentados no filme.

A busca por referencial teórico é essencial para formação do conhecimento científico, de acordo com a visão que a LAGIST busca repassar para os novos integrantes, é que a procura por literaturas reconhecidas cientificamente, faz gerar o devido conhecimento para o desempenho das atividades de acordo com as necessidades da comunidade, em vista disso, outro aspecto trabalhado na LA é a produção científica, onde os membros desenvolvem trabalhos para submissão em eventos, revistas e e-books, virtuais ou impressos, para vincular o trabalho social com a produção científica, contribuindo de forma significativa para novos conhecimentos, requerendo esforço individual e trabalho coletivo com a finalidade de progredir na liga dentro ambiente acadêmico, assim buscando relatar experiências de modo que a comunidade científica reconheça a importância do discente fazendo parte da extensão acadêmica.

Nossos projetos são voltados para a realidade social, visto como um complemento social de saúde, buscando inovar os meios de repassar informações principalmente aos jovens das comunidades, cujo é o foco da LAGIST, sendo ofertada aos espaços sociais e em escolas propondo uma educação continuada, sendo assim suporte para o conhecimento disponibilizado.

Por fim, está presente em todas as reuniões trazendo novos conhecimentos científicos e sociais em busca de atualizar os temas discutidos pelos membros, sempre estudando a temática que a LAGIST dispõe e buscar formalizar projetos sociais em busca da melhora comunitária para os temas abordados.

4 | CONCLUSÃO

Desta forma, notamos que a Liga Acadêmica de Gênero e Infecções Sexualmente Transmissíveis (LAGIST), tem um importante papel na formação dos membros da LA o que fica perceptível no momento das atividades desenvolvidas sobre os diversos temas em questão, refletindo assim na mudança positiva do acadêmico que tem como experiência a participação na extensão acadêmica, tornando o mesmo mais proativo e ligando a comunidade científica com a social, estabelecendo um vínculo positivo para comunidade acadêmica e social.

Portanto, a experiência de fazer parte da liga acadêmica deve ser aproveitada a cada momento presente, pois o conhecimento que está sendo assimilado e as relações que estão sendo desenvolvidas são fomentadores com o objetivo de exercer atividades voltadas para o meio social, científicas e em equipe, a fim de desenvolver a capacidade de orientar, capacitar e repassar a informação de forma coerente e correta, tanto para os graduandos, bem como para os espaços sociais onde são desenvolvidos os projetos.

REFERÊNCIAS

- ANJOS, Karla Ferraz dos et al. **Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, out/dez 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Boletim Epidemiológico. **Sífilis.** Brasília, DF; 2018.
- BASTOS, M. L. S. et al. **O papel das ligas acadêmicas na formação profissional.** Jornal Brasileiro de Pneumologia [online], Brasília, v. 38, n. 6, p. 803- 805, nov./dez. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Programa nacional de DST e Aids. **Manual de bolso das doenças sexualmente transmissíveis.** Brasília, DF; 2006.
- Brasil. Lei n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília, 20 dez. 1996.
- Cavalcante, Ana Suelen. et al. **As Ligas Acadêmicas na Área da Saúde: Lacunas do Conhecimento na Produção Científica Brasileira.** REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, v.42, n.1 pp. 197-204, 2018.
- DINIS, Nilson Fernandes. **Educação, Relações de Gênero e Diversidade Sexual.** Educação e Sociedade. Campinas,SP; vol. 29, n. 103, p. 477-492, maio/ago, 2008.
- Leonello, V.M. et al. **A formação superior de Enfermagem no Brasil: uma visão histórica.** RevEscEnferm 2011.
- NOGUEIRA, M. D. P. **Extensão universitária: diretrizes conceituais e políticas: documentos básicos do Fórum Nacional de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras.** Belo Horizonte: PROEX; UFMG, 2000.
- QUEIROZ, J. S. et al. **A importância das ligas acadêmicas na formação profissional e promoção de saúde.** Revista fragmento de cultura, v.24, pp. 73-78, 2014.
- SILVA, J. H. S. et al. **Implementation of an Academic League of Anatomy: Challenges and Achievements.** Revista Brasileira de Educação Médica, v.29, n.2, pp.310-315, 2015.
- Torres A.R. et al. **Academic Leagues and medical education: contributions and challenges.** Interface - Comunic, Saúde, Educ 2008.

PNEUMONIA NOSOCOMIAL E DIRETA RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL (DOENÇA PERIODONTAL) DE PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS CLÍNICAS

Alexandre Franco Miranda

DDS, MSc, PhD

Pós-Doutorando em Odontologia (CPO SL Mandic) e Odontologia Social (FOUSP); Doutor e Mestre em Ciências da Saúde (UnB); Especialista em Periodontia (SL Mandic), Saúde Coletiva (FOP-Unicamp) e Gerontologia (SBGG); Habilitação em Odontologia Hospitalar (CFO); Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gerontologia e Odontologia – Odontologia para Pacientes Especiais, Odontogeriatría e Odontologia Hospitalar, Brasília, Brasil

Endereço para correspondência

Universidade Católica de Brasília (UCB) - Departamento de Odontologia para Pacientes Especiais, Odontogeriatría e Odontologia Hospitalar; e Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gerontologia
QS 07, Lote 01, EPCT – Bloco S - Águas Claras, Brasília-DF; CEP: 71966-700
55 (61) 3356-9613; Celular: 55 (61) 98136-9896
E-mail: alexandrefmiranda@gmail.com

Daiane Cristina Peruzzo

DDS, MSc, PhD

Pós-Doutora em Implantodontia (CPO SL Mandic); Doutora e Mestre em Clínica Odontológica (UNICAMP); Especialista em Periodontia (UFRGS); Professora pesquisadora e orientadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (CPO SL Mandic), Campinas – SP, Brasil

INTRODUÇÃO

A unidade de terapia intensiva (UTI) é um setor hospitalar caracterizado pela constante monitorização de pacientes considerados potencialmente graves (alta complexidade sistêmica) ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos, sendo fornecidos uma intensa estratégia de suporte observacional, tratamentos constantes e intensivos realizados por equipes interdisciplinares e capacitadas contribuindo para a recuperação desses indivíduos¹⁻³.

É essencial que pacientes críticos recebam cuidados direcionados para a promoção de saúde bucal durante todo o período de internação com o objetivo de prevenir doenças, complicações relacionadas ao sistema estomatognático e o surgimento de enfermidades sistêmicas relacionadas, como a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) e pneumonia nosocomial (PN), geralmente associada à broncoaspiração do conteúdo orofaríngeo contaminado, sendo responsável por elevadas taxas de morbidade e mortalidade nos hospitais públicos e privados^{2,4-7}.

Os pacientes internados nas unidades de terapia intensiva (UTIs) podem estar conscientes, porém dependentes de outras

peças para a realização das atividades de correta higienização pessoal, a destacar a higiene bucal. Entretanto, podem estar traqueostomizados, sob sedação profunda (intubados), inconscientes e incapacitados de promoverem a manutenção da saúde bucal, fato que pode contribuir para o acúmulo bacteriano, principalmente de gram-negativos, na saburra lingual, biofilme dentário e tubo de respiração. Geralmente, esse conteúdo se concentra em regiões de difícil acesso para uma eficiente higienização, normalmente, realizada pela equipe de enfermagem e familiares no hospital ^{3,4,8-11}.

Pacientes internados em unidades de terapias intensivas, geralmente, apresentam predisposição a terem uma higiene bucal insatisfatória devido às morbidades sistêmicas que acometem esses indivíduos: dificuldade de realizarem a própria higienização bucal, presença dos equipamentos na UTI e, principalmente, a falta de capacitação do cirurgião-dentista e profissionais envolvidos para uma correta adaptação profissional e realização dessa atividade no hospital ^{6,9,10,12-14}.

A condição de dependência, fragilidade do paciente e o pouco conhecimento específico por parte da equipe intensivista (profissionais que atuam nas UTIs) a respeito das ações e protocolos direcionados para a promoção de saúde bucal, a partir de uma “visão odontológica”, contribui para a existência de ações de higienização bucal e intervenções clínicas pouco eficientes, conseqüentemente, favorecendo o aumento da quantidade e complexidade do biofilme (aumento do tempo de internação) e saburra lingual – considerados reservatórios microbianos relacionados à pneumonia nosocomial ^{1,4,6,11,14,15-18}.

As bactérias e fungos relacionados à PN de pacientes internados nas UTIs mais frequentes são *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Candida albicans*, *Streptococcus α-hemolítico* e *Staphylococcus sp*, as quais estavam presentes em 70% no biofilme dentário e 63,33% nas amostras de saburra lingual ^{7,18,19-21} (Figura 1).



Figura 1 – Condição de saúde bucal de paciente internada na UTI com diagnóstico de pneumonia nosocomial. Acúmulo de saburra lingual – reservatório microbiano de bactérias gram-negativas. Caso de responsabilidade ética-profissional e clínica do Prof. Dr. Alexandre Franco Miranda cedido ao específico capítulo.

Apesar da existência de recursos facilitadores, adaptação profissional, escovação mecânica (manual, elétrica e sucção à vácuo), expansores bucais e abridores de boca (confeccionados), limpadores linguais e recursos farmacológicos (saliva artificial, antisépticos – clorexidina 0,12%) ainda são pouco utilizados de maneira rotineira nas UTIs devido à falta de protocolos específicos e ações eficientes realizadas pelas equipes de saúde, as quais, em alguns momentos, relatam a indisponibilidade, falta de conhecimento da equipe sobre o uso correto desses procedimentos e que a assistência clínica, técnica, educacional em saúde bucal deveria ser realizada pelo cirurgião dentista habilitado e poderia contribuir diretamente para o melhoramento do serviço prestado e assistência na UTI, de maneira geral ^{1,4,13,15,16,22-27}.

A promoção de saúde bucal no paciente crítico requer cuidados especiais no planejamento (interdisciplinar), manejo, adaptação profissional e ações em saúde que objetivem o bem-estar e qualidade de vida. As intervenções clínicas podem estar relacionadas ao controle do biofilme por meio de ação mecânica da escovação dentária, diminuição e/ou desorganização da saburra lingual, além de orientações direcionadas à equipe de enfermagem e técnicos de enfermagem sobre as melhores condutas e ações preventivas para o conforto e saúde desses pacientes ^{5,13,17,25,26,28-33}.

O cirurgião-dentista com formação hospitalar precisa avaliar o paciente sistemicamente grave e comprometido de forma integral, com o objetivo de contribuir na promoção da saúde, qualidade de vida e rápida recuperação do enfermo ^{1,2,15,24,28,34-37}.

A formação embasada na medicina periodontal é um grande diferencial do profissional atuante no sistema hospitalar, pois permite uma maior credibilidade interdisciplinar nas condutas em saúde e relaciona a doença periodontal com as condições sistêmicas, vice-versa. É importante ressaltar que a não realização de condutas mínimas preventivas em saúde bucal pode contribuir para complicações graves e comprometimentos sistêmicos relacionados, afetando diretamente o paciente ^{4,18,20,26,33,36,38-42}.

Surge a real necessidade de formalizar diretrizes efetivas e de formação profissional, educacional (ensino) e nas áreas de saúde sobre o atendimento odontológico nas unidades de terapia intensiva e ambiente hospitalar como um todo, principalmente na padronização das condutas preventivas, intervenções clínicas e protocolos necessários para a promoção de saúde bucal, com a finalidade de promover benefícios sistêmicos ao paciente crítico ^{1,5,6,9,14,24,31,43-46}.

Medidas de promoção de saúde bucal devem ser constantemente aplicadas em todos os pacientes internados, respeitando sempre a individualidade de cada caso, bem como a capacitação do profissional da saúde em realizá-la corretamente ^{16,22,25,36,39,47,48}.

A odontologia hospitalar visa os cuidados das alterações bucais que exigem procedimentos de equipes interdisciplinares, integração dos conhecimentos e

abordagem do paciente como um todo, permitindo um melhor desempenho no compromisso da assistência baseada na humanização e ética. Porém, ainda esbarramos na falta de capacitação profissional e embasamento técnico-científico, a partir da realidade brasileira, sobre as ações odontológicas em ambiente hospitalar sob a percepção sistêmica ^{12,28,32,34,44,45,47,49-53}.

As ações clínicas odontológicas realizadas nas UTIs visam a qualidade de vida e promoção de saúde por meio de eliminação de possíveis focos inflamatórios, infecciosos e de sintomatologia dolorosa decorrentes de problemas no sistema estomatognático de pacientes conscientes, intubados e traqueostomizados, os quais interferem diretamente na condição sistêmica, com o destaque para a doença periodontal ^{1,4,23,28,33,42}.

Observa-se ainda na realidade hospitalar brasileira o desconhecimento sobre a necessidade e a importância do cirurgião-dentista integrado ao planejamento sistêmico de pacientes críticos. O entendimento e repercussão da doença periodontal com a saúde sistêmica permite um grande diferencial na assistência e valorização do cirurgião-dentista no sistema hospitalar ⁵⁴⁻⁵⁶.

A partir de uma análise reflexiva e de experiências clínicas, o cirurgião-dentista que irá atuar no hospital – unidade de terapia intensiva precisa estar embasamento de maneira clínica, técnica, científica e educacional em expor o contexto da medicina periodontal ao sistema interdisciplinar de profissionais da saúde, familiares e pacientes ^{23,39,41,42,57-59}.

A percepção do profissional da saúde bucal deve ser baseada no diálogo de maneira a não solucionar problemas de dentes, e sim de pessoas, repercussões sistêmicas e de recuperação do paciente. A partir de uma análise crítica, o cirurgião-dentista precisa se capacitar para estar preparado em atuar de maneira integral sistêmica no ambiente hospitalar, com destaque na unidade de terapia intensiva ^{1,28,47,55}.

O conhecimento biopsicossocial, respeito ético e humanização dedicada ao paciente hospitalizado, por parte do odontólogo, devem ser priorizados no que se refere à realização de corretos planejamentos e atividades clínicas que realmente sejam necessárias (mínima intervenção), evitando, assim, desconforto para o paciente, intervenções não aplicáveis na situação clínica vigente e gastos desnecessários ^{4,12,59,60-62}.

Cirurgião-dentista atuante no ambiente hospitalar – Unidade de Terapia Intensiva

No Brasil, a regulamentação da assistência odontológica nas unidades de terapia intensiva (UTIs) já faz parte da legislação brasileira da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) desde 2010 (Resolução ANVISA DC, Número 7 de 24 de fevereiro) em que regulamenta dentre os requisitos mínimos de funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, capítulo 2, disposições comuns a todas as UTIs, seção

4, acesso a recursos assistenciais, artigo 18 (devem ser garantidos, por meios próprios ou terceirizados, os seguintes serviços beira do leito) que enfatiza a assistência odontológica no item 6, nesse documento ⁶³.

A habilitação em Odontologia Hospitalar foi reconhecida pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), Resolução CFO 162/2015, o que permitiu uma maior credibilidade de atuação profissional, principalmente nas unidades de terapias intensivas ⁶⁴. Com essa condição, a prática odontológica a partir de uma visão interdisciplinar e sistêmica passou a ter mais credibilidade, principalmente relacionando a área da medicina periodontal.

Um dos obstáculos frequentemente enfrentado pelo cirurgião-dentista para integrar equipes interdisciplinares na UTI, é a consideração de baixa prioridade do procedimento odontológico diante dos numerosos problemas apresentados pelo paciente. Entretanto, a literatura tem demonstrado, de maneira clara e vigorosa, a influência da condição bucal na evolução do quadro dos pacientes internados ^{38,41,57,59,65-68}.

O cirurgião-dentista atuante em ambiente hospitalar, a destacar na UTI, deve somar na prática em saúde ao atendimento diferenciado. Baseado na soma dos saberes e com o foco em procedimentos odontológicos educativos, preventivos, clínicos (quando realmente necessários) e interdisciplinares, o que envolve diretamente o profissional que se dedica à integração da complexidade sistêmica com a doença periodontal ^{1,2,5,24,28,29,34,36,44,69-71}.

O conhecimento adquirido sobre microbiota oral e orofaríngea, associado à participação crescente na patogênese das infecções respiratórias em pacientes hospitalizados, mostra que a negligência aos cuidados orais se torna um fator de risco para o desenvolvimento da pneumonia nosocomial ^{10,18,19,40,72-74}.

O monitoramento e a descontaminação da cavidade oral dos pacientes críticos, uma vez inseridos no protocolo de prevenção da pneumonia nosocomial e realizados por profissionais qualificados, parece ser um grande aliado na redução da colonização pulmonar por patógenos orais, logo, reduzindo a incidência de pneumonias nosocomiais ^{6,9,11,16,25,30,37,46,70,75-77}.

As ações do cirurgião-dentista podem estar relacionadas à educação em saúde bucal, as quais são primordiais ao dia a dia hospitalar como a utilização de macromodelos, demonstração correta da técnica de higienização bucal (a partir da condição do paciente internado), folders explicativos (implementação no serviço hospitalar), orientação e instrução (palestras, cursos internos e de capacitação, reuniões clínicas), intervenções clínicas especializadas, esclarecimento de dúvidas aos cuidadores, acompanhantes e profissionais da saúde, a destacar a equipe de enfermagem – técnicos de enfermagem ^{1,34,53,60,70,71,78}.

É de extrema importância que os cirurgiões-dentistas envolvidos na assistência hospitalar, a destacar na UTI, orientem e capacitem a equipe auxiliar e demais profissionais envolvidos no cuidado para a correta promoção a saúde e desenvolvimento

de ações práticas e corretas de higiene bucal no hospital ^{1,4-6,12,15,24,34,44,49,78-80}.

A criação de protocolos e rotinas das condutas em saúde bucal direcionadas aos pacientes internados nas UTIs, de maneira individualizada e direcionada à realidade de cada hospital, permite uma maior integração dos profissionais da saúde com essa temática, além de contribuir na avaliação das condutas realizadas e perspectivas futuras em relação ao melhoramento do serviço, inclusive na pontuação e certificações hospitalares como a acreditação ^{1,10,13,21,24,29,37,48,53,78,81,82}.

A avaliação da condição bucal e a necessidade de tratamento odontológico em pacientes hospitalizados exigem o acompanhamento por um cirurgião dentista capacitado nas condutas de investigação clínica, técnica e científica, principalmente na avaliação da saúde bucal como um todo e sua relação com a condição sistêmica. Por isso, um grande destaque ao profissional periodontista e com habilitação hospitalar ^{2,4,5,28,35,36,47,55,64,67,83-85}.

A presença do biofilme dentário, saburra lingual e cálculo dentário podem influenciar diretamente nas intervenções médicas, devido aos fatores de virulência dos microrganismos que nela se encontram, contribuindo para o acúmulo de bactérias associadas à pneumonia nosocomial (PN), associada à ventilação mecânica (PAV) e endocardite bacteriana, doenças sistêmicas mais comuns relacionadas ao contexto odontológico hospitalar ^{19,20,40,56,75,83,84,86-90}.

A prática odontológica hospitalar já é capaz de relacionar a influência de doenças bucais sobre a etiopatogenia de diversas enfermidades sistêmicas, tais como doenças cardíacas coronarianas, acidentes vasculares cerebrais, endocardite bacteriana, diabetes mellitus e infecções respiratórias – pneumonia nosocomial ^{7,11,20,36,38,40-42,47,56,66,69,89}.

O sistema hospitalar é rigoroso nas atividades de elaboração de protocolos operacionais (POPs) com o objetivo de padronização de todas as atividades e assistência ao paciente crítico. Nas UTIs, estratégias e ações clínicas devem ser baseadas em planejamentos interdisciplinares e sequências de ações ^{1,4,5,12,78,86,91-93}.

- O manejo clínico do paciente crítico na UTI, de maneira geral, intubado ou traqueostomizado, deve ser feito conjuntamente com o médico intensivista, fisioterapeuta, enfermeiro ou profissionais capacitados para posicionarem o paciente da melhor forma possível com angulação de 45°, facilitando a atuação direcionada para a promoção de saúde bucal;
- O deslocamento do paciente bem como de toda a aparelhagem da UTI que possa prejudicar a visibilidade de atuação clínica em saúde bucal e que podem contribuir para a não colaboração no atendimento deve ser muito bem organizada e reposicionada, geralmente pela equipe de enfermagem;
- Desligamento da dieta nasoenteral, que pode ser feita pela nutricionista ou equipe de enfermagem, pois as atividades odontológicas podem desencadear

ânsias de vômito aos pacientes conscientes, principalmente na higienização lingual, dentária e na região posterior da cavidade bucal;

-A utilização de meios auxiliares (expansores bucais e abridores confeccionados) tem sido de grande valia e um benéfico artifício de conduta clínica para se ter uma maior abertura bucal e visualização da prática clínica em saúde bucal em pacientes intubados e traqueostomizados, a partir da nossa experiência clínica;

As condutas odontológicas têm como objetivo a adequação do meio bucal de maneira a contribuir na saúde geral (integral) do paciente hospitalizado a partir de ações interdisciplinares ^{1,2,5,24,36,43,60}.

A doença periodontal em pacientes hospitalizados pode já estar instalada ou até adquirida após a internação. Esbarramos na dificuldade do diagnóstico, principalmente na associação clínica com a radiográfica. Poucos hospitais têm equipes de odontologia hospitalar e equipamentos como equipo e de tomadas radiográficas portáteis, o que credibilizaria ainda mais o diagnóstico e intervenções clínicas mais invasivas beira leito ^{1,19,21,38,70}.

Existe a necessidade de uma avaliação de gestão e implementação de serviços odontológicos especializados nos hospitais, avaliando o custo-benefício de investimentos na área da odontologia hospitalar e retorno na assistência ao paciente crítico ^{34,63,69,70,71,84}.

Algumas condutas devem ser rotineiras como a higienização da língua que deve ser feita constantemente a partir do uso da própria escova dentária ou outros meios que facilitem a remoção (limpadores de língua, gaze embebida em solução associada à pinça hemostática) associados a solução de soro fisiológico ou digluconato de clorexidina 0,12% (líquido) sob supervisão. Essa específica conduta clínica deve ser feita de maneira frequente e no sentido pósterio-anterior para que se tenha uma efetividade ^{1,93}.

A utilização do digluconato de clorexidina 0,12% é o protocolo internacional de higienização bucal adotado na maioria das unidades de terapia intensiva, pois apresenta ação bactericida e bacteriostática, além de contribuir no controle inflamatório presente na cavidade bucal. É importante ressaltar a correta utilização e frequência de uso nos pacientes hospitalizados ^{8,10,13,15,16,22,27,30,37,46,50,65,67,69,73,76,79,82,87,91,94-96}.

Intervenções cirúrgicas, profiláticas (escovação dentária – ação mecânica) e de caráter periodontal (raspagens sub e supragengival) podem ser realizadas com a finalidade preventiva e emergencial no ambiente hospitalar - UTI, principalmente àquelas em que os elementos dentários passam a ser possíveis focos infecciosos, inflamatórios e de sintomatologia dolorosa, sendo consideradas como desencadeadores negativos da recuperação dos pacientes e de direta interferência sistêmica ^{1,11,23,26-28,84,93,97}.

O monitoramento e a descontaminação da cavidade bucal desses indivíduos,

inseridos no protocolo de prevenção da pneumonia nosocomial nas UTIs, feitos por profissionais qualificados (CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), parece ser um grande aliado na redução da colonização pulmonar por patógenos presentes na cavidade bucal, logo, reduzindo a incidência de pneumonias e índices de mortes associadas ^{98,99}.

O cirurgião-dentista deve estar inserido como parte integrante da equipe intensivista, acarretando benefícios diretos ao paciente crítico e diferenciação na assistência hospitalar. O conhecimento amplo da repercussão sistêmica da doença periodontal e medidas corretas de higienização bucal é um grande diferencial do profissional, com destaque para a pneumonia adquirida após a internação ^{1,12,23,28,34,36,51,59,70,100}.

O conhecimento a respeito das medidas realizadas para a promoção da saúde bucal nas UTIs, bem como a efetiva participação nas orientações aos profissionais que desempenham essa função e intervenções clínicas especializadas são funções do cirurgião-dentista intensivista ^{78,80,83,84,86,98}.

Pneumonia nosocomial (PN) e sua relação com a doença periodontal (DP)

As doenças periodontais são infecções causadas por microrganismos colonizadores da superfície dentária, supra ou subgengivalmente. Cerca de 700 espécies diferentes de microrganismos são capazes de colonizar a cavidade bucal, e todo indivíduo pode armazenar mais de 150 espécies diferentes ^{10,18,101-103}.A

As lesões de periodontite crônica incluem perda de inserção e perda óssea, e são consideradas como irreversíveis. A perda progressiva de inserção pode levar a destruição no ligamento periodontal e no osso alveolar adjacente. A migração apical do epitélio sulcular ao longo da superfície radicular resulta na formação de bolsas periodontais. Esses problemas podem acarretar em mobilidade e até perda dentária. Tem maior prevalência em adultos, mas pode ocorrer em crianças. A quantidade de destruição dos tecidos periodontais está relacionada com a higiene oral e níveis de placa, fatores predisponentes locais, tabagismo, estresse e fatores sistêmicos associados ¹⁰³⁻¹⁰⁵.

Os microrganismos causadores de doenças periodontais residem em biofilmes que existem nos dentes ou em superfícies epiteliais. Este biofilme proporciona um ambiente de proteção aos microrganismos colonizadores e oferece propriedades metabólicas que não seriam possíveis se as espécies existissem em estado livre. Além disso, o biofilme, de maneira geral, possibilita a fixação e multiplicação das bactérias nas superfícies dentárias, língua e tubo de respiração artificial (UTI) ^{20,38,39,41,102,106}.

A via principal para a entrada de microrganismos no trato respiratório inferior consiste na aspiração de secreção da orofaringe e as condutas odontológicas podem contribuir para a diminuição bacteriana e contaminação na cavidade bucal ^{1,5,19,46,54,57,67,102,105,106}.

As principais bactérias ligadas à DP são gram-negativas e seus fatores de virulência estão relacionados à capacidade de invasão tecidual, presença de endotoxinas e exotoxinas, além de enzimas com capacidade de destruição tecidual e de interferir diretamente na resposta imunológica^{20,39,102}.

O lipopolissacárido (LPS) e outras substâncias ganham acesso aos tecidos gengivais, iniciando e perpetuando o processo imunoinflamatório, resultando na produção de níveis elevados de citocinas pró-inflamatórias. Estas induzem a produção de metaloproteinases de matriz, que destroem os tecidos conjuntivos das gengivas e do ligamento periodontal, e prostaglandinas, que medeiam a destruição de osso alveolar^{103,106}.

A periodontite pode aumentar a susceptibilidade a doenças sistêmicas de várias maneiras, com destaque para a pneumonia nosocomial, de forma que tanto o LPS quanto bactérias gram-negativas viáveis dos biofilmes e citocinas pró-inflamatórias dos tecidos periodontais inflamadas podem ser bronco aspiradas pelo paciente crítico atingindo diretamente o trato inferior do aparelho respiratório^{19,20,46,56,57,59,83,106}.

Um milímetro cúbico de biofilme dental contém cerca de 100 milhões de bactérias e pode servir como um reservatório persistente para os potenciais agentes patogênicos, tanto de doenças orais quanto de doenças respiratórias. É provável que as bactérias orais e do trato respiratório presentes no biofilme dental, língua (saborra) e tubo de respiração, uma vez presentes na saliva, possam ser aspiradas para o trato respiratório inferior e os pulmões, podendo causar infecção hospitalar – internação na unidade de terapia intensiva^{10,18,26,40,67,71,76,81,86,87,89}.

A instauração da pneumonia nosocomial (PN) se dá por contaminação de patógenos respiratórios presentes na cavidade oral, como *Staphylococcus aureus*; *Streptococcus pneumoniae*; *Moraxellacatarrhalis*; *Klebsiellapneumoniae*; *Serratiamarcescens*; *Proteusmirabilis*; *Escherichiacoli*; *Enterobactercloacae*; *Pseudomonas aeruginosa*, *C. albicans*, α -hemolytic streptococcus, *Staphylococcus sp.*, *A. calcoaceticus* e *E. cloacae* que podem se instalar nas superfícies dos dentes, próteses dentárias, língua, mucosa bucal e respectivo biofilme^{11,24,27,30,35,40,102,106}.

Nesses casos, a porcentagem dessas bactérias na boca pode chegar a 70% no biofilme dental, 63% na língua e 73% no tubo do respirador artificial. Soma-se a isso a presença de um número maior de cepas resistentes, a exemplo da *S. aureus*, a qual é resistente ao antibiótico metilicina após 72 horas de intubação^{19,71,89}.

A prevenção da contaminação por bactérias é o principal desafio para o controle de infecção hospitalar. Algumas medidas preventivas e clínicas podem ajudar no controle da PN como a prescrição de antimicrobianos de acordo com a microbiota, monitoramento constante pela comissão de infecção hospitalar (CCIH), redução do tempo de intubação e internação, manutenção da pressão do balonete da cânula entre 20 mmHg a 30 mmHg para diminuir o conteúdo aspirado da orofaringe, realização da aspiração de secreções conforme a necessidade e não em horários programados, higienização frequente da tubulação do ventilador mecânico – respiração artificial,

antisepsia bucal com clorexidina 0,12% (solução e gel), evitar sedação profunda e constante, se possível, a realização de exercícios respiratórios (fisioterapia) diários em pacientes em pós-operatório, dar preferência à nutrição enteral para evitar atrofia do trato gastrointestinal, o que aumenta a translocação bacteriana ^{1,83,87,95,99,103,105}.

O acometimento da PN ocorre inicialmente devido à aspiração das secreções (paciente com disfagia, inconsciente, dificuldade de aspiração e higienização) da orofaringe, e posteriormente do condensado que se forma no circuito do respirador ou até mesmo do conteúdo gástrico colonizado por microrganismos patogênicos ^{7,17,23,28,41,84,93}.

Os fatores de risco para o surgimento da pneumonia nosocomial podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis. Os não modificáveis são: idade, escore de gravidade quando da entrada do paciente na UTI e presença de comorbidades. Enquanto modificáveis estão relacionados à microbiota da própria UTI e as quatro vias associadas à patógenos associados à ação mecânica, como: aspiração do conteúdo orofaríngeo; contaminação do equipamento respiratório; transmissão de uma pessoa para a outra ^{7,16,24,36,58,77}.

Sabe-se que o próprio ambiente hospitalar - UTI é considerado como fonte de surtos de microrganismos multirresistentes, tendo como fator de risco o uso excessivo de antibióticos, além da vulnerabilidade dessa população que predispõe ainda mais o risco de infecção, por isso a integração das medidas de promoção de saúde bucal é primordial para a assistência integral ^{45,56,69,70,83,99}.

O início da pneumonia bacteriana pode depender da colonização da cavidade oral e da orofaringe por potenciais patógenos respiratórios, aspiração pelas vias aéreas inferiores e da falência dos mecanismos de defesa do hospedeiro. Diferentes mecanismos têm sido propostos para explicar como a patogênese das infecções respiratórias, pode estar ligada à condição bucal, incluindo: aspiração de patógenos que colonizam a orofaringe; alteração da superfície da mucosa, provocada pela ação de enzimas associadas à doença periodontal, que promoveria a adesão e a colonização por bactérias passíveis de causar doenças respiratórias; destruição da película salivar por essas enzimas, o que também parece ser fundamental na destruição da proteção e na eliminação de bactérias orais e por fim, citocinas produzidas pelo periodonto como resposta à agressão bacteriana, modificando o epitélio respiratório e favorecendo a colonização por patógenos respiratórios ^{17,21,40,55,71}.

As pneumonias nosocomiais representam as infecções do trato respiratório inferior, diagnosticadas após 48 a 72 horas após a internação do paciente na UTI, não estando presentes nem incubadas anteriormente à data de internação. Devido a implicações etiológicas, terapêuticas e prognósticas, a pneumonia adquirida no hospital tem sido classificada quanto ao tempo decorrido desde a admissão até o seu aparecimento ^{1,56,59,83,87,88,94,98}.

A prevenção em odontologia e a intervenção periodontal (planejamentos, orientações, intervenções clínicas especializadas) podem contribuir significativamente

para a melhoria da condição sistêmica do paciente hospitalizado. Existe a necessidade de condutas específicas e padronizadas focadas nas atividades e serviços baseados na relação saúde bucal-sistêmica ^{4,10,12,20,21,23,30,40,42,49,59,67,69,87,93,97,98}.

Importância dos cuidados periodontais em pacientes críticos internados na UTI

A saúde bucal interfere diretamente na qualidade de vida do paciente. É preciso analisar as pessoas como um todo, sem separar a boca do resto do corpo, visto que é comprovada a relação entre o estado de saúde bucal e a saúde geral. As práticas preventivas são essenciais para a redução de pneumonias em pacientes internados nas UTIs, salientando a higiene oral que é fundamental na redução da carga bacteriana e na diminuição do desenvolvimento de infecções hospitalares ^{3,6,9,11,15,29,37,50}.

Ainda esbarramos na ausência de profissionais capacitados dentro das unidades de terapia intensiva, especificamente um cirurgião-dentista com habilitação hospitalar e com formação integral sistêmica, para planejar, orientar, treinar e capacitar adequadamente a equipe de enfermagem quanto a importância da realização de procedimentos de higiene oral nos pacientes internados, a fim de evitar infecções como a pneumonia nosocomial, além de intervir clinicamente contribuindo na adequação do meio bucal ^{1,12,28,32,34,53,55,84}.

No que se refere ao tratamento preventivo em unidades de terapia intensiva a clorexidina 0,12% ajuda a evitar um possível desenvolvimento de infecções pulmonares nosocomiais, pois existe várias características positivas que esse potente antimicrobiano possui, como, amplo espectro de ação, não desenvolvimento de resistência bacteriana, poucos efeitos colaterais, facilidade de aplicação e baixo custo ^{3,6,14,29,35,38,49,65,78}.

A clorexidina é um agente antisséptico catiônico de largo espectro de atividade antimicrobiana, que inclui bactérias Gram-negativas e Gram-positivas, como o *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina e o *Enterococcus sp.* resistente à vancomicina, que podem persistir quimicamente ativas nos tecidos por até 6 horas. No mercado, encontra-se grande variedade de regimes de tratamento com clorexidina, incluindo variações na concentração: 0,12%, 0,2% e 2%, por exemplo ^{26,33,46,67,80,88,93,98,107-110}.

Dentre os antimicrobianos, o uso de clorexidina 0,12%, associado a ações clínicas de remoção do biofilme e saburra, pode reduzir consideravelmente a colonização bacteriana na cavidade oral, que por sua vez, constitui futuramente para a diminuição do índice de pneumonia nosocomial. O uso de gel de clorexidina 0,2% 02 vezes ao dia, em pacientes internados em UTI, é eficaz na diminuição da colonização bacteriana na placa dental e reduz a incidência de infecções hospitalares em pacientes submetidos à ventilação mecânica, diminuindo o tempo desta e como consequência as taxas de mortalidade ^{100,108-110}.

Dados iniciais mostram que a intervenção e o impacto do tratamento periodontal

nas várias condições sistêmicas têm resultados promissores. E existe um entendimento científico de como a doença periodontal pode ser um risco para certas doenças sistêmicas e agravar o estado de saúde de pacientes críticos ^{1,18,20,70,71,93}.

Existe uma crescente evidência para a associação entre pneumonia adquirida no hospital e doença periodontal. É indicado que patógenos respiratórios potenciais, normalmente do trato gastrointestinal, podem colonizar a cavidade oral, onde eles são aspirados, levando à pneumonia nosocomial. Por isso o entendimento global dos aspectos que envolvam a etiopatogenia da doença periodontal e relação com as condições sistêmicas ^{38,41,83,86,89,92,93,102}.

À medida que as evidências científicas suportam a relação entre doença periodontal e doenças sistêmicas, a odontologia contrai uma nova responsabilidade na prevenção e tratamento de doenças periodontais, uma vez que não serão somente os dentes que estarão em risco e, sim os pacientes ^{5,40,59,71,102,105,106}.

A intervenção periodontal mostra-se promissora para a diminuição da pneumonia bacteriana. Quando a placa bacteriana é reduzida na cavidade oral de pacientes de risco (alta complexidade sistêmica), as chances de pneumonia são reduzidas ^{4,10,21,28,36,47,105}.

O risco de desenvolver a pneumonia nosocomial aumenta com o uso de ventilação mecânica, além de prolongar em média por 5-9 dias o tempo de hospitalização dos pacientes e, contribui para o um aumento expressivo nos custos do hospital e, conseqüentemente, para o paciente ^{17,24,46,59,69,75,86,88,92,97}.

Em pacientes internados na UTI, observa-se uma higiene bucal deficiente. O biofilme bacteriano e acúmulo de cálculo dentário, que se formam nos tecidos dentários e na cavidade oral, estão relacionados com o processo infeccioso da pneumonia nosocomial ^{1,3,15,28,49,69,84}.

Essa situação piora quando há a diminuição do fluxo salivar pelo uso de medicamentos e higiene bucal deficiente, aumentando a colonização de patógenos respiratórios gram-negativos e relacionados à infecção, por isso a necessidade de ações minuciosas e interligadas para a promoção de saúde bucal na UTI ^{16,37,62,69,84,87,88,94}.

A avaliação da condição bucal e necessidade de tratamento odontológico em pacientes hospitalizados exigem o acompanhamento por um cirurgião-dentista habilitado em odontologia hospitalar. A odontologia se faz necessária na avaliação da presença de biofilme bucal, doença periodontal, presença de cáries, lesões bucais precursoras de infecções virais e fúngicas, lesões traumáticas e outras alterações bucais que representem risco ou desconforto aos pacientes hospitalizados e interfiram diretamente na saúde – qualidade de vida ^{1,70}.

A higiene bucal deficiente e a presença de doença periodontal no paciente de UTI constituem um importante fator que pode desencadear a pneumonia nosocomial. A condição periodontal do paciente, uma vez comprometida, pode resultar em uma alta concentração de patógenos no meio oral, podendo ser aspirado para o pulmão em grande quantidade. Assim, os patógenos periodontais poderiam ajudar a colonização das vias aéreas superiores por patógenos pulmonares ^{18,20,40-42,46,50,57,93} (Figura 2).



Figura 2 – Condição de saúde bucal de paciente traqueostomizado internado na UTI. Presença de processo inflamatório, infeccioso e dor decorrentes de problemas na cavidade bucal – direta interferência na saúde sistêmica. Caso de responsabilidade ética-profissional e clínica do Prof. Dr. Alexandre Franco Miranda cedido ao específico capítulo.

As medidas preventivas, relatadas até o presente momento, se baseiam nas ações mecânicas de controle do biofilme supragengival e antimicrobianas, representada pela aplicação tópica da clorexidina a 0,12%. Tais medidas mostraram-se capazes de promover não só uma melhora na condição bucal do paciente, como também, contribuem para diminuição dos índices de pneumonia nosocomial ^{4,6,10,15,23,26,28,30,67,73,82,92,93,96,97,102}.

As condições inflamatórias gengivais, problemas periodontais, deficiência de higienização, fraturas dentárias e a presença de focos de infecção dentários associados a restos radiculares são condições clínicas mais prevalentes nos pacientes internados e que interferem diretamente nos demais sistemas orgânicos e qualidade de vida, a destacar o respiratório e cardíaco ^{19,38,39,41,56,57,65,66,87,90}.

A deficiência da higienização lingual (saborra), dificuldades para a higienização das próteses dentárias e dentes dos pacientes hospitalizados são situações clínicas muito encontradas. Geralmente, as próteses removíveis não são retiradas e higienizadas corretamente contribuindo para acúmulo de biofilme e restos alimentares. Reabilitações complexas de implantes e próteses já existentes, também, são características, exigindo condutas em saúde bucal específicas ^{1,86}.

O acúmulo de saborra lingual e biofilme associados à complexidade das atividades clínicas desempenhadas nos pacientes hospitalizados, principalmente nas UTIs, podem gerar respostas inflamatórias locais, sistêmicas e desencadear processos infecciosos sistêmicos, contribuindo para elevadas taxas de morbidade e custos hospitalares ^{18,28,70,83,84,86,93}.

Uma avaliação clínica menos invasiva relacionada ao processo inflamatório gengival de pacientes internados na UTI é o Índice Gengival Modificado, caracterizado por ser menos invasivo e traumático aos pacientes internados na UTI; é feita a inspeção visual da gengiva marginal e papilar de todos os dentes. Foram avaliados os pacientes que possuíam dentes e implantes (próteses fixas, próteses parciais removíveis e

prótese fixa sobre implante). A classificação após a inspeção visual era : 0 = ausência de inflamação ; 1 = leve inflamação ou com ligeiras alterações na cor e textura , mas não em todas as partes do gengival papilar ou marginal; 2 = ligeira inflamação , tais como os critérios anteriores , em todas as porções da gengiva marginal ou papilar ; 3 = moderado , superfície brilhante inflamação , eritema , edema e / ou hipertrofia gengival de papilar ou marginal ; 4 = grave inflamação : eritema , edema e / ou hipertrofia gengival marginal da unidade ou sangramento espontâneo , papilar , congestão ou ulceração). Essa avaliação é menos invasiva e menos traumática ao paciente crítico e de vulnerabilidade sistêmica, além de contribuir numa análise pontual da condição de saúde periodontal ^{111,112}.

O protocolo de higienização bucal na UTI realizado após a avaliação da condição bucal dos pacientes foi baseado na remoção do biofilme, saburra lingual e restos alimentares. O posicionamento do paciente na cama da UTI a 45°, avaliação da sedação do paciente e estabilização do tubo orotraqueal (respiração artificial), quando necessária, realizada pelos fisioterapeutas e suspensão da alimentação nasoenteral, quando necessária, realizada pela equipe de enfermagem ^{1,4,5,44,47,51,55,69,71,83,99}.

As condutas devem realizadas de maneira padronizada: hidratação labial com vaselina sólida e utilização do expansor bucal (maior visualização das regiões mais posteriores). Nos pacientes usuários de próteses totais e removíveis, eram retiradas e higienizadas com ação mecânica (escova dentária e clorexidina 0,12%). Inicialmente, a higienização dentária e das próteses (fixas ou protocolos – implantes associados a próteses totais fixadas) foi feita com a ação mecânica da escova de dente associada a dentífrício, sob irrigação da solução de clorexidina 0,12% e constante sucção (sugador cirúrgico e bomba à vácuo da UTI). As condutas clínicas que visaram a diminuição ou eliminação da saburra lingual eram realizadas com utilização da pinça-hemostática associada à gaze embebida em solução de clorexidina 0,12%, com movimentos no sentido póstero-anterior da língua, sob constante sucção (Figura 3 - Técnica MIRANDA de higienização bucal na UTI ¹).

As ações de raspagem supra e subgengival fazem parte da atuação do cirurgião-dentista na UTI. Responsabilidade e habilidade técnica apenas do cirurgião-dentista, por isso deve ser corretamente planejada, respeitando sempre a individualidade de cada paciente e, principalmente, a sua condição sistêmica ^{1,4,5,93}.

Sugerimos a realização das atividades de raspagem e alisamento com o foco de eliminar ao máximo a presença de cálculos dentários de maneira a contribuir para uma melhor adequação do meio bucal do paciente hospitalizado. As condutas podem ser realizadas por etapas clínicas, como por exemplo, por sextantes, afim de ser menos invasivo ao paciente sistemicamente comprometido ^{1,71,84}.

A utilização de curetas universais podem ser de eficientes e práticas na assistência odontológica (periodontal) de pacientes internados na UTI e no ambiente hospitalar, de maneira geral. Fato este que generaliza os instrumentais utilizados, sem preocupações específicas e exigidas nas condutas clínicas padronizadas que envolvem a periodontia.

Mais fácil de organização e estruturação do serviço de compras hospitalares ^{1,93}.

Não descartamos, também, a possibilidade de utilização de aparelho de ultrassom portátil, o qual permite uma maior especificidade das condutas de raspagem supra e subgingival em ambiente hospitalar. Existe a necessidade de avaliação do custo benefício para a equipe de odontologia hospitalar e/ou o próprio hospital.

É importante associar sempre previamente às intervenções clínicas periodontais de raspagem, ações anestésicas locais. O cirurgião dentista deve avaliar, a partir da condição e complexidade sistêmica qual solução anestésica mais indicada para cada caso.

Em muitas situações, o paciente crítico está sob ação antimicrobiana sistêmica (amplo espectro) e que condutas de profilaxia antibiótica devem ser corretamente discutidas com a equipe médica intensivista previamente às intervenções periodontais.

Outra situação clínica que se pode enfrentar na assistência odontológica na UTI é a possibilidade da existência do paciente ter alguma limitação de abertura de boca, rigidez muscular e/ou não colaborador para as ações periodontais. A partir de planejamento interdisciplinar com a equipe médica e familiares, a sedação endovenosa pode ser uma importante alternativa que pode permitir uma maior cooperação e mais mobilidade de atuação clínica do cirurgião-dentista e equipe com esse tipo de paciente, além de realização correta de técnicas específicas de manejo e adaptação profissional no atendimento clínico na UTI.

É importante ressaltar sempre a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) pelos responsáveis legais, principalmente de pacientes inconscientes ou sob ação de qualquer medicamento sedativo. Permite uma maior credibilidade e proteção jurídica nas condutas odontológicas, a destacar a periodontal.

*** Técnica MIRANDA de higienização bucal na UTI ¹

- Posicionamento do paciente no leito 45°
- Desligar a dieta do paciente que está sob alimentação por sonda nasoenteral
- Organização logística e temporal das atividades clínicas com equipe médica, fisioterapeuta e enfermagem/técnicos de enfermagem
- Passar vaselina sólida/lubrificante nos lábios do paciente (região interna e externa) como também na região de adaptação bucal do expandex (instrumento autoclavável que permite uma maior abertura e amplitude da cavidade bucal)
- Inserir o expandex com auxílio de outro profissional
- Sob constante sucção à vácuo, adaptar a escova dentária (que já apresenta o sistema de sucção acoplado) OU pode ser feito com escova dentária associada à cânula de sucção (utilização de sugadores odontológicos acoplados- clínico ou cirúrgico - que permitem uma maior aspiração) à vácuo

- Utilização de dentifrícios ou composto em gel de clorexidina 0,12 % ou flúor neutro para higienização buco-dentária (remoção de biofilme dentário e biofilme lingual)
- A higienização deve ser feita no sentido póstero-anterior da cavidade bucal, de maneira a contribuir na eliminação de saburra lingual, biofilme dentário e biofilme do tubo !
- Deve-se enfatizar a necessidade dessas condutas nas regiões mais posteriores - região de papilas valadas (língua) e limite de orofaringe sob constante sucção ! Essa é uma das maiores dificuldades no “sistema” da UTI !
- Respeitar a individualidade do paciente, bem como estar monitorando todos os sinais vitais
- O ideal é que essas condutas sejam feitas, pelo menos, 2 vezes ao dia - 12/12 horas - manhã /noite

*** Existem as variações da específica técnica que podem ser realizadas sempre após a avaliação individualizada de cada caso e estrutura da UTI, além da capacitação profissional.

*** Necessidade de integração por meio de atividades educativas, clínicas e técnicas direcionadas à disseminação e correta aplicação da específica técnica pelos profissionais da saúde envolvidos nas UTIs dos Hospitais públicos e privados.

- Descrição da técnica disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=7sr-tDlhBTPM>
-



Figura 3 – Higienização bucal em pacientes intubados na UTI (Técnica MIRANDA) – utilização do expandex como facilitador, escova dentária sob sucção a vácuo e clorexidina 0,12%. Estratégia de conduta clínica interdisciplinar (posicionamento correto do paciente (45°), desligar a dieta nasoenteral, adaptação do cirurgião-dentista e equipe de saúde) – permite uma maior visualização da cavidade bucal e acesso nas regiões mais posteriores. Caso de responsabilidade ética-profissional e clínica do Prof. Dr. Alexandre Franco Miranda cedido ao específico capítulo.

CONCLUSÕES

Necessidade de capacitação clínica, técnica, científica e educacional dos profissionais que atuam nas unidades de terapia intensiva sobre a direta relação entre acúmulo biofilme, saburra lingual e doença periodontal com as condições sistêmicas de alta complexidade – pneumonia nosocomial (adquirida após internação hospitalar – UTI).

É de extrema importância a participação de um cirurgião-dentista habilitado na equipe interdisciplinar de uma unidade de terapia intensiva, para avaliar, planejar, intervir e acompanhar clinicamente, quando necessário, com o foco na doença periodontal, suas especificidades e interferência direta na saúde sistêmica.

O uso constante durante a internação do digluconato de clorexidina 0,12% é o padrão internacional de cuidados críticos (critical care), tornando-se um grande aliado na redução bacteriana e prevenindo o surgimento de infecções hospitalares, a destacar a pneumonia nosocomial.

Existe a necessidade de padronização, implementação de protocolos preventivos, clínicos (raspagem supra e subgengival) e de assistência integral na medicina periodontal, a fim de se promover uma diferenciação no cuidado em saúde de pacientes críticos internados em unidades de terapias intensivas.

As atividades odontológicas com o foco periodontal devem ser rotineiras nas ações que visam a promoção de saúde do paciente crítico (internado na UTI) e de alta complexidade sistêmica, pois o principal objetivo é a eliminação de possíveis focos inflamatórios, infecciosos e de dor que interferem diretamente na qualidade de vida, saúde integral e rápida recuperação.

O cirurgião-dentista com formação dedicada à Medicina Periodontal e Habilitação em Odontologia Hospitalar pode ser o grande responsável pela elaboração e implementação de serviços capacitados e interdisciplinares nos hospitais.

A assistência em saúde bucal, de maneira geral, é um grande diferencial do cuidado e valorização do paciente hospitalizado, a destacar na unidade de terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

1. Miranda AF. Saúde bucal na UTI: necessidade de capacitação profissional e implementação. 1 ed. São Paulo: Paco Editorial, 2017. 148p.
2. Rabelo GD, Queiroz CI, Santos PSS. Atendimento odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo, 2010;55(2):67-70.
3. Silva ME, Resende VL, Abreu MH, Dayrrel AV, Valle Dde A, de Castilho LS. Oral hygiene protocols in intensive care units in a large Brazilian city. Am J Infect Control, 2015;43(3):303-304.
4. Miranda AF, Montenegro FLB. Ação odontológica preventiva em paciente idoso dependente na unidade de terapia intensiva (UTI) – relato de caso. Rev Paul Odonto, 2010;32(1):34-38.

5. Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB). Departamento de Odontologia e Enfermagem. Recomendações para higiene bucal do paciente adulto na UTI. 2015.10p.
6. Kiyoshi-Teo H, Blegen M. Influence of institutional guidelines on oral hygiene practices in intensive care units. *Am J Crit Care*, 2015;24(4):309-318.
7. Silvestrini TL, Cruz CERN. Pneumonia associada à ventilação mecânica em centro de tratamento intensivo. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2004;16(4):228-233.
8. Abidia RF. Oral care in the intensive care unit: a review. *J Contemp Dent Pract* 2007;8(1):76-82.
9. Schneid JL, Berzoini LP, Flores O, Cordon GAP. Práticas de enfermagem na promoção de saúde bucal no hospital do município de Dianópolis-TO. *Comunicação Ciências da Saúde* 2007;18(2): 297-306.
10. Oliveira MS, Borges AH, Mattos FZ, Semenoff TA, Segundo AS, Tonetto MR, Bandeca MC, Porto AN. Evaluation of different methods for removing oral biofilm in patients admitted to the intensive care unit. *J Int Oral Health*, 2014; 6(3):61-64.
11. Müller F. Oral hygiene reduces the mortality from aspiration pneumonia in frail elders. *J Dent Res*, 2015;94(3 Supl):14S-16S.
12. Morais TMN, Silva A, Avi ALRO, Souza PHR, Knobl E, Camargo LFA. A importância da atuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2006;18(4):412-417.
13. Osman MA, Aggour RL. Oral care practices in Egypt intensive care units-a national survey. *J Periodontal Med Clin Pract*, 2014;01:172-182.
14. Munro CL, Grap MJ. Oral health and care in the intensive care unit: state of the science. *Am J Crit Care*, 2004;13(1):25-33.
15. Pear S, Stoessel K, Shoemaker S. Oral care is critical care: the role of oral care in the prevention of hospital-acquired pneumonia. *Kimberly-Clark Health Care Education*, 2007;3:1-12.
16. Mori H, Hirasawa H, Oda S, Shiga H, Matsuda K, Nakamura M. Oral care reduces incidence of ventilator-associated pneumonia in ICU populations. *Intensive Care Med*, 2006;32:230-236.
17. Jones DJ, Munro CL, Grap MJ. Natural history of dental plaque accumulation in mechanically ventilated adults: a descriptive correlational study. *Intensive Crit Care Nurs*, 2011;27(6):299-304.
18. Paju S, Scannapieco FA. Oral biofilms, periodontitis, and pulmonary infections. *Oral Disease*, 2007;13(6):508-512.
19. Oliveira LCBS, Carneiro PPM, Fischer RG, Tinoco EMB. A presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal de pacientes com pneumonia nosocomial. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2007;19(4):428-433.
20. Scannapieco FA, Mylotte JM. Relationship between periodontal disease and bacterial pneumonia. *J Periodontol*, 1996; 67:1114-1122.
21. Barbosa JCS, Lobato OS, Menezes SAF, Menezes TOA, Pinheiro HHC. Patients profile under intensive care with nosocomial pneumonia: key etiological agents. *Rev Odontol UNESP*, 2010;39(4):201-206.
22. Cutler CJ, Davis N. Improving oral care in patients receiving mechanical ventilation. *Am J Crit Care*, 2005;14(5):389-394.

23. Barnes CM. Dental hygiene intervention to prevent nosocomial pneumonias. *J Evid Based Dent Pract*, 2014;14 Suppl:103-114.
24. Liao YM, Tsai JR, Chou FH. The effectiveness of an oral health care program for preventing ventilator-associated pneumonia. *Nurs Crit Care*, 2015;20(2):89-97.
25. Handa S, Chand S, Sarin J, Singh V, Sharma S. Effectiveness of oral care protocol on oral health status of hospitalised children admitted in intensive care units of selected hospital of Haryana. *Nurs Midwifery Res J*, 2014;10(1):8-15.
26. Munro CL, Grap MJ, Jones DJ, McClish DK, Sessler CN MD. Chlorhexidine, toothbrushing, and preventing ventilator-associated pneumonia in critically ill adults. *Am J Crit Care*, 2009;18(5):428-437.
27. Pobo A, Lisboa T, Rodriguez A, Sole R, Magret M, Trefler S, Gómez F. A randomized trial of dental brushing for preventive ventilator-associated pneumonia. *Chest*, 2009;136(2):433-439.
28. Miranda AF, Araújo IA, Araújo HBN, Araújo EC, Bezerra ACB. Oral health promotion in Intensive Care Unit patients: management and adaptations. *Global Advanced Research Journal of Medicine and Medical Sciences*, 2015;4(11):509-513.
29. Frenkel HF, Harvey I, Needs KM. Oral health care education and its effect on caregivers' knowledge and attitudes: a randomised controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2002;30:91-100.
30. Beraldo CC, De Andrade D. Higiene bucal com clorexidina na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. *J Bras Pneumol*, 2008;34(9):707-714.
31. Neelis B. How to care for the oral health of intensive care unit patients: a presentation to the nursing staff at allegiance health hospital. Capstone Project Proposal. University of Michigan, 2014.
32. Santana JCB, Campos ACV, Barbosa BDG, Baldessari CE, Paula KF, Rezende MAE. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. *Centro Univ São Camilo*, 2009;3(1):77-86.
33. Rello J, Koulenti D, Blot S et al. Oral practices in intensive care units: a survey of 59 European ICUs. *Intensive Care Med*, 2007;33:1066-1070.
34. Sousa LVS; Pereira AFV; Silva NBS. A atuação do cirurgião-dentista no atendimento hospitalar. *Rev Ciências da Saúde*, 2014;16(1):39-45.
35. Jones H. Oral care in intensive care units: a literature review. *Spec Care Dentist*, 2005;25(1):6-11.
36. Belissimo-Rodrigues WT, Menequeti MG, Nicolini EA, Auxiliadora-Martins M, Basile-Filho A, Martinez R, Belissimo-Rodrigues F. Effectiveness of a dental care intervention in the prevention of lower respiratory tract nosocomial infections among intensive care patients: a randomized clinical trial. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2014;35(11):1342-1348.
37. Berry AM, Davidson PM, Masters J, Rolls K. Systematic literature review of oral hygiene practices for intensive care patients receiving mechanical ventilation. *Am J Crit Care*, 2007;16(6):552-562.
38. Azarpazhooh A, Leak JL. Systematic review of the association between respiratory diseases and oral health. *J Periodontol*, 2006;77:1465-1482.
39. De Melo Neto JP, Melo MS, dos Santos-Pereira SA, Martinez EF, Okajima LS, Saba-Chujfi E. Periodontal infections and community-acquired pneumonia: a case-control study. *Eur J Clin Microbiol*

Infect Dis, 2013;32(1):27-32.

40. Sbordone L, Bortolaia C. Oral microbial biofilms and plaque-related diseases: microbial communities and their role in the shift from oral health to disease. *Clin Oral Invest*, 2003;7(4):181-188.
41. Scannapieco FA, Bush R, Paju S. Associations between periodontal disease and risk for nosocomial bacterial pneumonia and chronic obstructive pulmonary disease. a systematic review. *J Periodontol Online*, 2003;8(1):54-69.
42. Almeida RF, Pinho MM, Lima C, Faria I, Santos P, Bordalo C. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. *Rev Port Clin Geral*, 2006;22:379-390.
43. Simpson SQ, Peterson DA, O'Brien-Ladner AR. Development and implementation of an ICU quality improvement checklist. *Advanced Crit Care*, 2007;18(2):183-189.
44. Aguiar ASW, Guimarães MV, Morais RMP, Saraiva JLA. Atenção em saúde bucal em nível hospitalar: relato de experiência de integração ensino/serviço em odontologia. *Rev Eletr de Extensão*, 2010;7(9):100-110.
45. Doro GM, Fialho LM, Losekann M, Pfeiff N. Projeto odontologia hospitalar. *Rev ABENO* 2006;6(1):49-53.
46. Vilela MC, Ferreira GZ, Santos PS, Rezende NP. Oral care and nosocomial pneumonia: a systematic review. *Einstein*, 2015;13(2):290-296.
47. Miranda AF, Campos CMP, Lia EM. Atenção em saúde bucal a paciente com insuficiência renal crônica internada na UTI do HUB, UnB – Relato de caso. *Resumo. Robrac*, 2009;18(46):21.
48. Da Cruz MK, Moraes TMN, Trevisani DM. Avaliação clínica da cavidade bucal de pacientes internados em unidade de terapia intensiva de um hospital de emergência. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2014;26(4):379-383.
49. Grap JM, Munro CL, Ashtiani B, Bryant S. Oral care interventions in critical care: frequency and documentation. *Am J Crit Care*, 2003;12(2):113-118.
50. Türk G, Kocaçal Güler E, Eşer I, Khorshid L. Oral care practices of intensive care nurses: a descriptive study. *Int J Nurs Pract*, 2012;18(4):347-353.
51. Araújo RJG, Castro CNM, Miranda TR, Melo ASM. Capacitação de intensivistas para ações de cuidados bucais em unidades de terapia intensiva. *Rev Bras Odontol Militar*, 2012;29(1):19-23.
52. Godoi APT, Francesco AR, Duarte A, Kemp APT, Silva-Lovato CH. Hospital odontology in Brazil. A general vision. *Rev Odontol UNESP*, 2009;38(2):105-109.
53. Costa ACO; Rezende NPM, Martins FM, Santos PSS, Gallottini MHC, Ortega KL. A Odontologia Hospitalar no serviço público do Estado de São Paulo. *Rev APCD*, 2013;67(3):224-28.
54. Bellissimo-Rodrigues WT, Meneguetti MG, Gaspar GG, de Souza HCC, Auxiliadora-Martins M, Basile-Filho A, Martinez R, Bellissimo-Rodrigues F. Is it necessary to have a dentist within an intensive care unit team? Report of a randomised clinical trial. *Int Dent J*, 2018;1-8.
55. Blum DFC, Silva JASD, Baeder FM, Della Bona Á. The practice of dentistry in intensive care units in Brazil. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2018;3:S0103-507X2018000504103.
56. Kahn S, Garcia CH, Júnior JG, Namen FM, Machado WAS, Júnior JAS, Sardenberg SEM, Egreja AM. Avaliação da existência de controle de infecção oral nos pacientes internados em hospitais do

estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008;13(6):1825-1831.

57. Patarroyo M, Gonçalves PF, Flecha OD. A doença periodontal como fator de risco para a pneumonia por aspiração – revisão de literatura. *Rev Periodontia*, 2008;18(2):24-29.

58. Scannapieco FA. Pneumonia in nonambulatory patients. *J Am Dent Assoc*, 2006;137:21S-25S.

59. Miranda AF. Oral health and care at intensive care units. *Journal of Nursing Care*, 2016;5:1-6.

60. Nelson JE, Bassett R, Boss RD, Brasel KJ, Campbell ML, Cortez TB, et al. Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: a report from the IPAL-ICU Project (improving palliative care in the ICU). *Crit Care Med*, 2010;38(9):1765-1772.

61. Bettinelli LA, Waskiewicz J, Erdmann AL. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. *O Mundo da Saúde* 2003;27(2):231-239.

62. Lima DC, Saliba NA, Fernandes LA, Garbin CAS. A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011;16(Supl.1):1173-1180.

63. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução nº 07 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapias Intensivas e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html

64. Brasil. Conselho Federal de Odontologia – CFO. Resolução do CFO - Nº 162 DE 03.11.2015. Reconhece o exercício da Odontologia Hospitalar pelo cirurgião-dentista. Publicado no Diário Oficial da União em 16.11.2015.

65. Rose LF, Mealey B, Minsk L, Cohen W. Oral care for patients with cardiovascular disease and stroke. *J Am Dent Assoc*, 2002;133:37S-44S.

66. Cavezzi Júnior O, Zanatto ARL. Endocardite infecciosa: odontologia baseada em evidências. *Odontol Clín-Cient*, 2003;2(2):85-94.

67. Hua F, Xie H, Worthington HV, Furness S, Zhang Q, Li C. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016;10:1-136.

68. Proctor R, Kumar N, Stein A, Moles D, Porter S. Oral and dental aspects of chronic renal failure. *J Dent Res*, 2005;84(3):199-208.

69. Ferreira JA, Londe LP, Miranda AF. A relevância do cirurgião dentista na UTI: educação, prevenção e mínima intervenção. *Revista Ciências e Odontologia*, 2017;1(1):18-23.

70. Miranda AF. The dental surgeons in the hospital and their professional areas in Brazil: hospitalization units, surgical centers and intensive care units. *Journal of Community Medicine Health Education*, 2017;7(1):01-07.

71. Silva LEL, Miranda AF, Araújo BLA, Grisi D, Silva FBE. Atuação odontológica em UTI: a importância da Periodontia na qualidade de saúde do paciente crítico. *Perionews(São Paulo)*, 2016;1(4):791-796.

72. Furr LA, Binkley CJ, McCurren C, Carrico R. Factors affecting quality of oral care in intensive care units. *J Adv Nurs*, 2004;48(5):454-462.

73. Britto LFS, Vargas MAO, Leal SMC. Higiene oral em pacientes no estado de síndrome do déficit no autocuidado. *Rev Gaúcha Enf*, 2007;28(3):359-367.

74. Araújo RJG, Oliveira RCG, Hanna LMO, Corrêa AM, Carvalho LHV, Alvares NCF. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de tratamento intensivo. *RBTI*, 2009;1(21):38-44.
75. Kahn S, Mangialardo AS, Garcia CH, Namen FM, Júnior JG, Machado WAS. Controle de infecção oral em pacientes internados: uma abordagem direcionada aos médicos intensivistas e cardiologistas. *Ciênc Saúde Coletiva* [online], 2010;15(supl. 1):1819-1826.
76. El-Rabbany M, Zaghol N, Bhandari M, Azarpazhooh A. Prophylactic oral health procedures to prevent hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: a systematic review. In *J Nurs Stud*, 2015;52(1):452-464.
77. Muscedere J, Dodek P, Keenan S, Fowler R, Cook D, Heyland D. Comprehensive evidence-based clinical practice guidelines for ventilator-associated pneumonia: prevention. *J Crit Care*, 2008;23:126-137.
78. Miranda AF, Costa PP, Bezerra ACB. Oral care practices for patients in intensive care units: a pilot survey. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 2016;20(5):267-273.
79. Feider LL, Mitchell P, Bridges E. Oral care practices for orally intubated critically ill adults. *Am J Crit Care*, 2010;19(2):175-183.
80. Soh KL, Ghazali SS, Soh KG, Raman RA, Abdullah SSS, Ong SL. Oral care practice for the ventilated patients in intensive care units: a pilot survey. *J Infect Dev Ctries*, 2012;6(4):333-339.
81. Sona CS, Zack JE, Schallom ME, McSweeney M, McMullen K, Thomas J, et. al.. The impact of a simple, low-cost oral care protocol on ventilator-associated pneumonia rates in a surgical intensive care unit. *J Intensive Care Med*, 2009;24:54-62.
82. Sands KM, Twigg JA, Wise MP. Oral hygiene with chlorhexidine in critically ill patients. *JAMA Intern Med*, 2015;175(2): 316
83. Londe LP, Ferreira JA, Novaes LACF, Barbosa RS, Miranda AF. Pneumonia nosocomial e sua relação com a saúde bucal. *Revista Ciências e Odontologia*, 2017;1(1):24-28.
84. Dantas B, Araújo IA, Araújo HBN, Araújo EC, Bezerra ACB, Miranda AF. Saúde bucal e cuidados na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Odontológica do Planalto Central*, 2015;5(1):28-32.
85. Celik GG, Eser I. Examination of intensive care unit patients' oral health. *Int J Nurs Pract*, 2017;23:e12592.
86. Miranda AF, Haje GLCE, Paula RM, Costa PP, Biazevic MGH. Assessing the incidence of tongue coating in patients treated in intensive care units. *Revista Brasileira de Odontologia*, 2018;75:e1213.
87. Shi Z, Xie H, Wang P, Zhang Q, Wu Y, Chen E, Ng L, Worthington HV, Needleman I, Furness S. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013;8:CD008367.
88. Margo AH, Armola R. Effect of oral care on bacterial colonization and ventilator-associated pneumonia. *Am J Crit Care*, 2009;18(3):275-278.
89. Amaral SM, Cortês AQ, Pires FR. Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. *J Bras Pneumol*, 2009;35(11):1116-1124.
90. Lockhart PB, Brennan MT, Thornhill M, Michalowicz BS, Noll J, Bahrani-Mougeot FK, Sasser HC.

- Poor oral hygiene as a risk factor for infective endocarditis-related bacteremia. *J Am Dent Assoc*, 2009;140(10):1238-1244.
91. Ames NJ, Sulima P, Tates JM, McCullagh L, Gollins SL, Soeken K, Wallen GR. A review of documented oral care practices in an Intensive Care Unit. *Clin Nurs Res*, 2011;20:181-196.
92. Ames NJ, Sulima P, Yates JM, McCullagh L, Gollins SL, Soeken K, Wallen GR. Effects of systematic oral care in critically ill patients: a multicenter study. *Am J Crit Care*, 2011;20(5):e103-e114.
93. Miranda AF, Lia EN, De Carvalho TM, Piau CGBC, Costa PP, Bezerra ACB. Oral health promotion in patients with chronic renal failure admitted in the Intensive Care Unit. *Clinical Case Reports*, 2016;4(1):26-31.
94. Van Nieuwenhoven CA, Buskens E, Bergmans DC, Van Tiel FH, Ramsay G, Bonten MJM. Oral decontamination is cost-saving in the prevention of ventilator-associated pneumonia in intensive care units. *Crit Care Med*, 2004;32(1):126-130.
95. Pineda LA, Saliba RG, El Solh A. Effect of oral decontamination with chlorhexidine on the incidence of nosocomial pneumonia: a meta-analysis. *Critical Care*, 2006;10:1-6.
96. Rabello F, Araújo VE, Magalhães S. Effectiveness of oral chlorhexidine for the prevention of nosocomial pneumonia and ventilator-associated pneumonia in intensive care units: Overview of systematic reviews. *Int J Dent Hygiene*, 2018;00:1–9.
97. Yusuf H. Toothbrushing may reduce ventilator-associated pneumonia. *Evid Based Dent*, 2013;14(3): 89-90.
98. Saddki N, Sani FEM, Tin-Oo MM. Oral care for intubated patients: a survey of intensive care unit nurses. *Nursing in Critical Care*, 2014;22(2):89-98.
99. Gaetti-Jardim E, Setti JS, Cheade MFM, De Mendonça JCG. Atenção odontológica a pacientes hospitalizados: revisão da literatura e proposta de protocolo de higiene oral. *Rev Bras Ciências da Saúde*, 2013;11(35):31-36.
100. De Lacerda Vidal CF, Vidal AK, Monteiro JG Jr, Cavalcanti A, Henriques APC, Oliveira M, Godoy M, Coutinho M, Sobral PD, Vilela CA, Gomes B, Leandro MA, Montarroyos U, Ximenes RA, Lacerda HR. Impact of oral hygiene involving toothbrushing versus chlorhexidine in the prevention of ventilator-associated pneumonia: a randomized study. *BMC Infect Dis*, 2017;17(1):112.
101. Dale CM, Smith O, Burry L, Rose L. Prevalence and predictors of difficulty accessing the mouths of intubated critically ill adults to deliver oral care: An observational study. *Int J Nurs Stud*, 2018;80:36-40.
102. Socransky S, Haffajee A. Infecções Periodontais. In: Lindhe J, Lang N, et.al.(Ed.). *Tratado de periodontia clínica e implantologia oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Capítulo 9:197-238.
103. Kinane D, Lindhe J, Trombelli L. Periodontite Crônica. In: Lindhe J, Lang N, et.al.(Ed.). *Tratado de periodontia clínica e implantologia oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Capítulo 21:455-473.
104. Nascimento MC, Barbosa LA, Nobre C, Novaes MR, Bittencourt S. Avaliação da autopercepção em pacientes com periodontite crônica – estudo piloto. *Int J Dent*, 2011;10(3):154-160.
105. Thoden Van Velzen S, Abraham-Inpijn L, Moorer W. Plaque and systemic disease: a reappraisal of the focal infection concept. *J Clin Periodontol*, 1984;11(4):209-220.

106. Page RC. The pathobiology of periodontal diseases may affect systemic diseases: inversion of a paradigm. *Ann Periodontol*, 1998;3:108-120.
107. Santos PSS, Mello WR, Wakim RCS, Paschoal MAG. Uso de solução bucal com sistema enzimático em pacientes totalmente dependentes de cuidados em unidade de terapia intensiva. *RBTI*, 2008;20(2):154-159.
108. Veitz-Keenan A, Ferraiolo DM. Oral care with chlorhexidine seems effective for reducing the incidence of ventilator-associated pneumonia. *Evid Based Dent*, 2017;18(4):113-114.
109. Ory J, Raybaud E, Chabanne R, Cosserant B, Faure JS, Guérin R, Calvet L, Pereira B, Mourgues C, Guelon D, Traore O. Comparative study of 2 oral care protocols in intensive care units. *Am J Infect Control*, 2017;45(3):245-250.
110. Cordeiro P, Shin YS. Effects of combination oral care on oral health, dry mouth and salivary pH of intubated patients: a randomized controlled trial. *Int Nurs Pract*, 2016;22(5):503-511.
111. Lobene RR, Weatherford T, Ross NM, Lamm RA, Menaker L. A modified gingival index for use in clinical trials. *Clin Prev Dent*, 1986;8(1):3-6.
112. Grellmann AP, Zanatta FB. Diagnóstico do processo saúde-doença gengival em dentes e implantes – uma revisão de índices epidemiológicos. *Braz J Periodontol*, 2014; 24(2): 37-46.

CAPÍTULO 15

PRIMEIROS SOCORROS NA ESCOLA: CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NO AMBIENTE ESCOLAR

Janaína Teixeira Pires

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Alana Rocha Puppim

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Debora Rupf

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Elisama Pimentel Damiani

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Francielle Bosi Rodrigues

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Gabriela Alves Martins de Souza

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Giulia Alves Sorrentino

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Jennifer de Souza

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Larissa Emanuella da Silva Costa

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Leica Heringer Tomaz

Universidade Vila Velha

Vila Velha – ES

Marcos Adriane Machado Filho

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Marizete Altoé Puppim

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Rafael Sampaio Oliveira

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Sheila Cristina Caniçali

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Thais Bone Mantovanelli

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Wanêssa Lacerda Poton

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

RESUMO: Acidentes com crianças no ambiente escolar são frequentes, por isso é necessário que profissionais que trabalham nestes ambientes, não apenas professores, sejam preparados quanto à prevenção, identificação e atendimento inicial de situações de emergência. Este artigo pretende descrever a aplicação de um curso de capacitação de primeiros socorros

direcionado a profissionais que trabalham no ambiente escolar, além de analisar a experiência dos participantes, bem como o impacto resultante. O curso foi elaborado e ministrado por cinco professores e onze alunos do curso de Medicina da Universidade Vila Velha, e contou com a participação de trinta professores e funcionários do ensino fundamental I da Unidade Municipal de Ensino Fundamental Edson Tavares de Souza localizado em Vila Velha - ES. Foram abordados diversos temas referentes a primeiros socorros através do método teórico-prático, num primeiro havia uma exposição dialogada do tema proposto e, posteriormente, os participantes eram encaminhados ao laboratório de simulação realística, para desenvolvimento das habilidades. A fim de testar a qualidade do treinamento, no último dia da capacitação, foi entregue aos participantes um formulário objetivo, para que avaliassem o grau de satisfação e/ou insatisfação, possíveis sugestões e críticas em relação ao curso.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde na escola; Primeiros socorros; Capacitação de professores.

ABSTRACT: Accidents with children in the school are frequent, so it's necessary for school professionals, not just teachers, to be prepared for the prevention, identification and initial care of emergency situations. This article intends to describe the application of a first aid training course to school professionals, as well to analyze the experience of the participants, and the resulting impact. The course was elaborated and taught by five professors and ten medical students of the University Vila Velha and counted on the participation of thirty teachers and employees of elementary education I of the Municipal Elementary School Edson Tavares de Souza located in Vila Velha - ES . Several topics related to first aid were addressed through the theoretical-practical method. First, there was a dialogical exposition of the theme, and later the participants were referred to the realistic simulation laboratory for skills development. In order to test the quality of the training, on the last day of the training, participants were given an objective form to assess the degree of satisfaction/dissatisfaction, possible suggestions and critiques of the training course.

KEYWORDS: Health at school; Firstaid; Teacher training course.

1 | INTRODUÇÃO

O Projeto de Extensão “Saúde e Prevenção na escola”, é uma iniciativa promovida pela Universidade Vila Velha (UVV), em parceria com a Unidade Municipal de Ensino Fundamental (UMEF) Edson Tavares de Souza, localizada no Bairro Ilha dos Bentos, na cidade de Vila Velha – ES e a Unidade de Saúde de Vila Nova, responsável pela área onde a escola está localizada. Criado desde 2016, o Projeto de Extensão desenvolve diversas atividades que envolvem discentes de medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia, e tem como objetivo desenvolver ações de promoção da saúde e intervenção em escolares de 6 a 12 anos, pais, professores e demais profissionais que atuam na escola.

Entre outras atividades desenvolvidas pelo Projeto, o curso de primeiros socorros foi requerido pelos professores e funcionários da escola, os quais relatavam muitas dúvidas sobre quando entrar em contato com o SAMU e/ou bombeiros, e dificuldades no manejo de situações vivenciadas com frequência, como engasgo e crise convulsiva. Dessa forma, em Agosto de 2018 cinco (5) professores-orientadores e onze (11) estudantes do curso de medicina da UVV, de diferentes períodos, elaboraram um curso de capacitação exclusivamente para os professores e funcionários da Escola Edson Tavares de Souza, intitulado: “Curso de prevenção de acidentes e primeiros socorros para professores de Ensino Fundamental”.

Paralelamente ao requerido pelos funcionários da escola, em 4 de Outubro de 2018, período em que o curso de capacitação referido estava acontecendo, foi sancionada a Lei Lucas (Lei N°13.722/2018), que torna obrigatório a capacitação em noções essenciais de primeiros socorros para professores e funcionários de educação básica e recreação infantil, sujeito a punições caso o não cumprimento desta. A lei propõe a regularidade do ensino de primeiros socorros aos educadores anualmente e a presença de material de primeiros socorros em todas as escolas com ensino básico. Os cursos serão ministrados por entidades municipais ou estaduais especializadas em práticas de auxílio imediato e emergencial à população, no caso dos estabelecimentos públicos, e por profissionais habilitados, no caso dos estabelecimentos privados, e têm por objetivo capacitar os professores e funcionários para identificar e agir preventivamente em situações de emergência e urgência médicas, até que o suporte médico especializado, local ou remoto, se torne possível.

2 I “CURSO DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E PRIMEIROS SOCORROS PARA PROFESSORES DE ENSINO FUNDAMENTAL”

O curso de capacitação foi realizado nas dependências da UVV, ao longo de quatro encontros, de aproximadamente duas horas cada. Para participar do curso, professores e demais profissionais que trabalham na escola, se disponibilizaram após seus expedientes de trabalho, por isso, os encontros foram realizados uma vez por semana, com intervalos de quinze dias entre eles, objetivando a maior adesão e menor desgaste destes profissionais.

O curso foi delineado ao longo de dois momentos: exposição dialogada e aula prática.

No primeiro momento era apresentado o tema proposto para o dia de treinamento com o auxílio de multimídia e encenações didáticas de certas manobras por parte dos alunos palestrantes. As discussões iniciavam a partir do conhecimento e das experiências prévias, os assuntos eram discutidos e as dúvidas eram sanadas. Dessa forma foi possível discutir novas formas de abordar acidentes e a importância de estar preparado para prestar um primeiro socorro de qualidade.

Como estratégia para melhor desenvolvimento do curso, no segundo momento os participantes eram encaminhados ao laboratório de simulação realística, para o desenvolvimento das habilidades. Os monitores simulavam uma cena de acordo com o tema que havia sido discutido e os profissionais que estavam participando da capacitação eram levados a agir conforme haviam sido orientados no primeiro momento do curso. Houve intensa preocupação em utilizar uma metodologia participativa na qual as situações de ensino-aprendizagem fossem criadas conjuntamente, tanto no que se refere à teoria como à prática.

O curso seguiu as diretrizes e protocolos atuais para **RCP** e **Primeiros Socorros**, definidos pelo *Basic Life Support (BLS) Workinggroup of the International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)*, da *American Heart Association (AHA)* e do *European Resuscitation Council (ERC)*.

3 | PRIMEIRO DIA DE CURSO

O primeiro dia de curso ocorreu em 26 de Setembro de 2018 e discutiu-se sobre: os principais acidentes em ambiente escolar - destacando a importância de solicitar o auxílio imediato corretamente -, acidentes oculares e traumatismo nos dentes.

Culturalmente as preocupações de segurança nas escolas públicas brasileiras é pautada em torno da violência. Entretanto, a falta de preocupação dos professores, pais e governo em relação a imaturidade mental, inexperiência, curiosidade, tendência a imitar comportamentos adultos e falta de coordenação motora das crianças e adolescentes, contribui para que ocorram os principais acidentes no ambiente escolar. Nesse sentido, capacitar o professor para identificar possíveis agentes causadores e preveni-los de acontecer, além de ser capaz de prestar os primeiros socorros, pode ser um diferencial nas estatísticas que acompanham os acidentes no ambiente escolar¹⁰.

De acordo com Ministério da Saúde, os principais acidentes no ambiente escolar são: quedas, fraturas, escoriações, cortes com vidros, queimaduras elétricas, torções, desmaios, convulsão, briga escolar, problemas cardíacos e asfixia⁹. A fim de não sobrecarregar de informações os participantes da capacitação, cada um desses acidentes foram discutidos de forma diluída no decorrer do curso.

O primeiro objetivo do dia foi desmitificar alguns pré-conceitos e medos em relação aos primeiros socorros e destacar a importância de agir com cautela e manter a calma no momento do primeiro atendimento ao acidentado e, dessa forma diminuir a consequência dos agravos.

O segundo objetivo deste dia foi destacar o papel fundamental, esclarecer a atuação no momento do agravo e diferenciar as instituições: SAMU, TOXCEN, Polícia Militar e Bombeiros.

O SAMU, 192, atende principalmente acidentes por traumas, atropelamentos, queimaduras, hemorragias, infarto.

O TOXCEN, (Centro de Atendimento Toxicológico do Espírito Santo), contato:

0800 283 9904, oferece recomendações/informações a profissionais de saúde e leigos quanto ao atendimento, diagnóstico e tratamento de agravos toxicológicos para o ser humano, animal e meio ambiente, provocados por quaisquer substâncias (medicamentos, agrotóxicos, plantas, produtos de uso doméstico e produtos químicos industriais, metais) além de mordeduras por animais peçonhentos.

A POLÍCIA MILITAR, 190, deve ser solicitada quando há vítima de infratores, desordem, situações de risco.

Os BOMBEIROS, em caso de incêndio, resgates, vazamento de gás, desabamentos.

O terceiro objetivo foi discutir sobre acidentes oculares. Segundo o Conselho Brasileiro de oftalmologia, quando há acidentes causados por substâncias térmicas e/ou químicas, é fundamental irrigar abundantemente (aproximadamente 30 min) o olho afetado com água corrente ou soro fisiológico e procurar imediatamente um oftalmologista. Foi destacado também o que não fazer nesses casos, como permitir que a criança esfregue os olhos e evitar que o líquido da lavagem do olho afetado contamine o olho não afetado.

Já nos acidentes oculares por corpo estranho, o manejo também é lavagem abundante com soro fisiológico no olho acometido, na tentativa de retirar o corpo estranho, porém caso não seja possível retirar o corpo estranho, deve-se transportar a criança para o serviço de emergência oftalmológica mais próximo⁴.

O último tema discutido neste primeiro dia de capacitação foi em relação ao traumatismo nos dentes. Causado principalmente por quedas, colisões e atividades esportivas, sendo necessário contatar o dentista imediatamente. Se houver arrancamento do dente, este deve ser colocado em um pote com soro fisiológico e entregue ao dentista durante a consulta. A prioridade dessas ações são avaliar se além do trauma dental houve traumatismo de cabeça, cujo alguns dos sintomas são sonolência, dificuldade de falar, vômitos e tonturas. Nesses casos com maior risco de lesão cerebral, o SAMU, 192, deve ser acionado¹².

Após as exposições dialogadas, em todos os dias do curso, havia um intervalo de 30 minutos para um lanche compartilhado. Após este momento de descontração, os participantes se dividiam aleatoriamente em 3 grupos de 10, e cada grupo, em salas separadas, participava de treinamento prático, em centro de treinamento avançado. Cada sala era composta por um professor-orientador, dois estudantes de medicina e os equipamentos de simulação necessários para as atividades propostas. Neste primeiro dia de curso foram propostas variadas situações: aluno que perfurou o olho no recreio, aluno que caiu e quebrou o dente na educação física, aluno que foi picado por cobra em passeio da escola e outras situações semelhantes. Dessa forma, os professores eram levados a abordar esses alunos, controlar a situação e chamar o serviço de emergência correto, caso houvesse necessidade.

Ao término do primeiro dia de curso, é possível avaliar positivamente. Durante todo o período de treinamento houve intensa interação dos 30 participantes, por meio

de histórias, de experiências, e até mesmo desabafos sobre o desespero em não saber como agir corretamente. Portanto, notamos a importância da capacitação ser um processo dinâmico e participativo, que facilite o desenvolvimento, de modo que sintamos que estamos crescendo enquanto pessoa e, portanto, impulsionando sua evolução e modificando o seu entorno, contribuindo para evolução da sociedade⁶.

4 | SEGUNDO DIA DE CURSO

No dia 4 de Outubro de 2018 ocorreu o segundo dia do curso e, neste dia, os temas abordados foram: obstrução de vias aéreas/engasgamento, intoxicações e desmaios.

O primeiro objetivo deste dia foi apresentar aos participantes noções básicas sobre como reconhecer uma obstrução de via aérea superior precocemente a tempo de intervir e evitar complicações. Para ilustrar a importância do tema, discutiu-se sobre o caso do menino Lucas Begalli, 10 anos, que em um passeio escolar em Campinas-SP, 2010, engasgou-se com um cachorro-quente ficando sem medidas de suporte até a chegada de serviço de socorro especializado e acabou falecendo. Nesta data havia poucos dias que fora aprovada, por unanimidade do Senado, a Lei que presta homenagem ao menino Lucas, e torna obrigatória a capacitação em noções essenciais de primeiros socorros para professores e funcionários de educação básica.

Foi investido tanto no reconhecimento como na abordagem da obstrução de via aérea total e a parcial em adulto ou criança a partir de 1 (um) ano, por meio de imagens, vídeos e encenações com bonecos.

Em casos de obstrução parcial ainda pode existir troca de ar, nestes casos os socorristas devem incentivar a vítima a tossir, sempre monitorando a situação, já que se a obstrução parcial evoluir para uma obstrução total o serviço médico de emergência deve ser acionado imediatamente. Nos casos em que a obstrução é total, a troca de ar é inexistente e a tosse ineficaz, fato reconhecido pelo sinal universal de engasgamento, a vítima leva as mãos ao pescoço com fácies de desespero. Nesse tipo de situação, deve-se acionar, imediatamente, o serviço médico de emergência e iniciar as ‘manobras Heimlich’ de desobstrução, com aplicação de força na região abdominal no sentido para dentro e para cima até que a vítima volte a falar.

Após fixar os conceitos e abordagens nessas vítimas, foi apresentada as diferenças específicas no manejo do engasgo em crianças menores que 1 (um) ano de idade.

O segundo objetivo do dia foi apresentar e discutir sobre as principais intoxicações passíveis de ocorrência no ambiente escolar. Foram discutidas noções básicas de atendimento pré-hospitalar nos casos suspeitos de intoxicações cutâneas, oculares, respiratórias, por medicações ou produtos de limpeza, oferecendo orientações sobre como proceder à descontaminação local quando há exposição cutânea ou ocular a produtos químicos e o que fazer inicialmente caso haja intoxicação respiratória ou por

medicamentos e produtos de limpeza.

Discutiu-se sobre como suspeitar de intoxicação no público pediátrico quando a cena de contato não foi presenciada e como acionar o centro de atendimento toxicológico caso necessário. Reforçamos a importância de chamar o SAMU ou buscar por outra forma de atendimento médico, assim como dos dados indispensáveis a serem informados pelo responsável pelo socorro inicial à equipe de resgate ou durante o primeiro contato com a equipe médica, tais como: substância causadora, tempo e via de exposição, dose estimada, possível motivação, estado da criança, quem estava com ela no momento do acidente, entre outros.

Foi destacada a importância do reconhecimento do potencial tóxico de certas substâncias, reforçando a importância do armazenamento correto de produtos de limpeza e medicamentos em locais seguros, fora do alcance das crianças, para que acidentes potencialmente graves possam ser evitados. Esclarecemos os riscos da indução de vômitos e oferta de líquidos, como leite ou água, em pessoas intoxicadas sem a liberação de um médico ou profissional do centro de intoxicações.

Por fim, foi conceituada síncope, suas características e discutiu-se sobre como prosseguir com a avaliação inicial e dos sinais vitais na presença de perda súbita de consciência. Foi orientado sobre a posição correta para melhor recuperação da vítima (pernas elevadas e cabeça lateralizada, por exemplo) e frisou-se a importância do acionamento do serviço médico de emergência mesmo que a vítima recupere sua consciência, para melhor investigação dos sintomas e fatores causais.

Após a apresentação teórica com o auxílio de vídeos e encenações, prosseguiu-se ao treinamento prático dos respectivos assuntos nos laboratórios de simulação usando-se para isso manequins apropriados e simulações entre os pares de participantes. Cada ambiente de simulação contava com um professor e dois acadêmicos instrutores que foram responsáveis por aplicar casos, orientar e corrigir a conduta quando necessário.

5 | TERCEIRO DIA DE CURSO

No terceiro dia de capacitação os temas abordados foram: crises convulsivas, hemorragias externas e fraturas consequentes a traumas contusos.

A discussão sobre crises convulsivas envolveu, em especial, as crises tônico-clônicas que, segundo a Academia Brasileira de neurologia, são as mais conhecidas, nas quais a vítima fica inconsciente e tem contrações musculares involuntárias, bruscas e muito fortes. Nessas situações, é comum a respiração ofegante, dificuldade em engolir a saliva, mordedura da língua e perda do controle esfinteriano.

O termo convulsão foi conceituado e foi feita a diferenciação entre crise convulsiva isolada e doença epilepsia. Abordou-se manifestações, características e cuidados iniciais durante uma crise, o que deve ser feito para proteger a vítima de lesões e como colocá-la em posição de recuperação na fase pós-ictal. As orientações da Sociedade brasileira de epilepsia a quem presta o socorro inicial são: manter

a calma e acalmar as pessoas próximas, evitar que a vítima caia bruscamente ao chão, acomodar o indivíduo em local sem objetos dos quais ela pode se debater e se machucar, utilizar material macio para acomodar a cabeça do indivíduo, como por exemplo; um travesseiro, casaco dobrado ou outro material disponível que seja macio, posicionar o indivíduo de lado de forma que o excesso de saliva ou vômito (que podem ocorrer em alguns casos) escorra para fora da boca, afrouxar um pouco as roupas para que a pessoa respire melhor, permanecer ao lado da vítima até que ela recupere a consciência, explicar o que ocorreu e oferecer auxílio para chamar um familiar assim que a vítima sair da crise, observar a duração da crise convulsiva e caso seja superior a 5 minutos sem sinais de melhora, solicitar ajuda médica. Nesse sentido, discutiu-se novamente a importância do acionamento do SAMU e da procura subsequente por atendimento médico especializado para melhor esclarecimento de fatores causais e tratamentos, mesmo que a crise tenha cessado espontaneamente.

A Sociedade Brasileira de Epilepsia também orienta o que não fazer durante uma crise convulsiva, como por exemplo não impedir os movimentos da vítima, apenas se certificar de que nada ao seu redor irá machucá-la, não jogar água no rosto da mesma e nunca colocar a mão dentro de sua boca, as contrações musculares durante a crise convulsiva são muito fortes e inconscientemente a pessoa poderá mordê-la.

Em seguida, foi feita uma abordagem sobre hemorragias externas por traumatismos e como realizar, se necessário, a compressão externa com compressas ou tecidos limpos sobre o local da lesão até que haja interrupção do sangramento ou até que o serviço médico de urgência assuma o caso. Discutiu-se também casos de hemorragias internas em decorrência de traumas contusos, a importância de manter a vítima consciente e confortavelmente aquecida e de chamar rapidamente o SAMU e como abordar traumas nasais com epistaxe.

Nos casos de fraturas orientamos acalmar a vítima, controlar eventuais hemorragias, não tentar recolocar o osso no lugar e não movimentar a vítima do local enquanto aguarda-se pela chegada do SAMU, exceto quando o ambiente oferecer risco iminente de vida.

Após as apresentações teóricas, os participantes foram conduzidos novamente aos laboratórios de simulação onde foram feitos casos que deveriam ser conduzidos por voluntários conforme visto nas aulas.

Os casos sobre crises convulsivas foram sobre qual a conduta tomar caso um aluno começasse a convulsionar em sala de aula ou caso o pai de um dos alunos começasse a ter uma crise convulsiva durante uma reunião de pais e algumas pessoas tentarem segurá-lo.

Os casos sobre fraturas e hemorragias foram exemplos de alunos que durante a aula de Educação Física sofreram lesões como trauma contuso com fratura, trauma de nariz seguido de epistaxe, trauma em face com sangramento abundante e um caso simulando um acidente de bicicleta envolvendo uma criança que aparentemente não apresentava fraturas, mas estava sangrando e chorando muito.

Os professores participaram efetivamente das situações propostas e ao final de cada simulação foi dado um feedback pelos aplicadores, com observações e correções cabíveis.

6 | QUARTO DIA DE CURSO

A parada cardiorrespiratória (PCR) está entre as principais causas de morte no mundo, e a falta de conhecimento para identificar sintomas e iniciar suporte imediato ocasiona cerca de 80% dos óbitos em ambiente extrahospitalar⁸. Em 2004, a *American Heart Association* recomendou que as escolas americanas estabelecessem uma meta para treinar todos os professores e estudantes em ressuscitação cardiopulmonar (RCP), dada a importância do atendimento precoce e adequado². O suporte básico de vida (SBV) é definido como a primeira abordagem da vítima e abrange a desobstrução das vias aéreas, ventilação e circulação artificial. O acesso precoce ao serviço de emergência, o atendimento avançado e a desfibrilação precoces são acrescentados a essa manobra¹⁴.

A falta de conscientização e o medo da reprovação social pelo fracasso, são falhas presentes que, influenciam negativamente na inicialização das manobras básicas pelos leigos⁸. Mais uma prerrogativa que corrobora a necessidade de implantação de cursos de capacitação em suporte de vida para leigos. O SBV é a base para o atendimento em casos de PCR, e é nele que se define a sequência primária de reanimação para salvar vidas, já o suporte avançado de vida (SAV), são ações complementares ao SBV a fim de aumentar a probabilidade de recuperação da vítima, quando esta chega em ambiente hospitalar. As escolas são laboratórios ideais para inserir conhecimentos e técnicas a população, por isso, neste quarto dia de curso nosso foco foi ensinar as professoras o passo-a-passo do SBV para que elas possam sentir-se aptas a ajudar vítimas de uma PCR, e influenciar os demais ao seu redor sobre a importância do tema¹⁴.

O quarto e último dia de treinamento iniciou-se com foco no treinamento e reconhecimento de uma parada cardiorrespiratória, sempre com a consciência que trata-se de um público leigo. Uma pessoa que tenha caído do nada, ou vítimas de afogamento, o primeiro passo é verificar a segurança do local. É sempre importante que não se coloquem mais pessoas em risco, para que uma tragédia em massa não ocorra. O segundo passo é chamar vigorosamente a vítima, e se ela não responder, observar se existem movimentos respiratórios ou pulso. Na ausência destes, o terceiro passo é delegar ordens claras e precisas para as pessoas a sua volta: pessoa 1 ligue para o SAMU 192, e pessoa 2 busque o DEA. Neste ponto paramos um momento para que fosse explicado o que é o desfibrilador externo automático (DEA), e a importância do mesmo em estimular o coração a bater no seu ritmo normal. O quarto passo são o início das compressões, que precisam ser realizadas de maneira eficaz e precisa, pois é um passo fundamental na influência da sobrevivência da vítima².

O quinto passo são as ventilações, que nem sempre serão feitas, pela dificuldade de distribuição de lenços faciais, responsáveis por proteger a pessoa que presta o socorro a vítima. É preciso que haja uma sincronia entre as compressões e ventilações, chamado de ciclo 30:2, sendo 30 compressões para 2 ventilações. O sexto passo só será realizado se o DEA chegar, se ele não estiver disponível o quinto passo deve ser mantido. Chegando o DEA, as compressões devem ser paradas imediatamente, e este colocado de maneira correta para avaliação do ritmo cardíaco. Frisou-se a importância do DEA permanecer ligado durante todo o socorro, até a chegada do SAMU. A RCP só deve ser parada se a vítima acordar, ou quando o SAMU chegar².

Após todas essas explicações, que foram feitas de maneira mais minuciosa, usamos um boneco de simulação, na própria sala de aula, para que fosse demonstrado todos esses passos na prática. Após esse momento, dividimos os grupos de professoras para os laboratórios de simulação, e lá passamos casos de acidentes, afogamentos, quedas súbitas, onde cada uma pode treinar todo o passo-a-passo.

Foi perceptível dificuldade em memorização dos passos. Os principais comentários eram em relação à dificuldade em manter a calma e lembrar da sequência correta. Devido a esses fatos, entendemos a necessidade de repetição constante do SBV, para que os passos sejam feitos de maneira “mecânica”, evitando a perda de tempo, ou a paralisia pelas emoções que uma situação de emergência desencadeia. O treinamento repetitivo traz a confiança, calma e efetividade para todo o processo do SBV.

7 | AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO

A fim de avaliar o grau de satisfação e/ou insatisfação, possíveis sugestões e críticas, abriu-se mão de uma ferramenta para avaliação do evento. Foi entregue um formulário objetivo por meio de notas de um a cinco (1-5), sendo 5 a nota máxima. Tanto a participação quanto identificação não eram obrigatórias.

Foi composto por perguntas que abordavam sobre relevância do curso para vida profissional dos participantes; facilidade de aprendizado com a forma que os temas foram abordados; se eles se consideram preparados para as situações simuladas no curso; se o tempo para abordagem dos temas foi suficiente; avaliação do desempenho e postura dos facilitadores; se os recursos didáticos e audiovisuais usados ajudaram no aprendizado; grau de importância desse curso para os professores; satisfação pessoal em ter participado do evento.

O grau de recomendação do curso foi altíssimo, pois apresentou nota máxima de todos os participantes.

Entre as sugestões, ganhou destaque o pedido de reciclagem anual ou bianual, que o curso fosse expandido para outras escolas e outros profissionais, não só da área da educação, e que fosse apresentado em uma carga horária maior.

O evento foi avaliado. O quesito tempo para abordagem dos temas foi o que mais apresentou divergências nas notas, o que pode ser observado com o gráfico abaixo.

Dessa forma evidenciou a necessidade de um maior tempo para abordagem dos temas. 95% dos avaliadores julgaram estar satisfeitos em ter participado do evento e que foi importante para a formação profissional deles. O desempenho dos palestrantes também foi avaliado, e 95% das notas obtidas foram máximas.

8 | DISCUSSÃO

Culturalmente a violência é a principal preocupação quando o assunto é escola pública brasileira, entretanto, a falta de preocupação em relação à imaturidade, inexperiência e, principalmente a curiosidade natural das crianças, contribui para que ocorram os principais acidentes no ambiente escolar (MINOZZO e ÁVILA, 2006). Nesse sentido, é preciso capacitar não só os professores, mas todos os profissionais que trabalham no ambiente escolar para que sejam capazes de prevenir possíveis agentes causadores de acidentes e prestar primeiros socorros de qualidade.

Ao capacitar os profissionais que trabalham no ambiente escolar, em nenhum momento há a intenção de transferir a estes a responsabilidade de exercer o papel de um profissional de saúde, pretende-se apenas não permitir que se instale, por pura negligência ou descuido, um quadro severo ou letal fruto de acidente pelo desconhecimento de técnicas simples e, por consequência, evitar que novos casos dramáticos, assim como ocorreu com Lucas Begalli, voltem a ocorrer.

Porém, para que a Lei Lucas seja desenvolvida, é preciso que entidades municipais ou estaduais especializadas em práticas de auxílio imediato e emergencial à população (bombeiros e/ou SAMI) ofereçam cursos de capacitação, pois as escolas que não se capacitarem estão sujeitas a punições.

Contudo, segundo o censo escolar de 2016, realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), há 116,3 mil escolas públicas no Brasil que oferecem os anos iniciais do ensino Fundamental. Será que as entidades incumbidas de realizarem estes treinamentos têm disponibilidade para tal demanda? De onde sairão as verbas para estes treinamentos?

Uma alternativa para tais questionamentos é a parceria das escolas com universidades, como essa que ocorreu entre a Universidade Vila Velha (UVV), e a Unidade Municipal de Ensino Fundamental (UMEF) Edson Tavares de Souza.

Outra discussão importante refere-se à disponibilidade de tempo por parte dos professores e funcionários durante o ano letivo escolar, para que os possam participar de cursos e treinamentos práticos específicos em primeiros socorros. Uma alternativa seria programar anualmente no calendário escolar, datas para que os professores e funcionários estejam disponíveis para capacitação e/ou reciclagem, a fim de mantê-los atualizado e evitar que sejam aplicadas técnicas de manejo incorretas ou desatualizadas.

Por fim, uma sugestão para capacitações futuras é estimular a ampliação deste ensino para outras categorias, como funcionários de supermercado, shopping e outros

locais onde há grande circulação de pessoas.

9 | CONCLUSÃO

Diante do contexto brasileiro em que acidentes configuram-se como importante causa de mortalidade em crianças e perante a sanção da Lei Lucas (Lei Nº 13.722/2018) é evidente a relevância de estudos e intervenções no domínio da educação em saúde, sobretudo no que se refere aos primeiros socorros na escola.

Durante o Projeto de Extensão “Saúde e Prevenção na escola” notou-se a escassez de informações práticas por parte dos profissionais da educação em se tratando do tema. Como consequência foi desenvolvido o “Curso de prevenção de acidentes e primeiros socorros para professores de Ensino Fundamental”.

Diversos temas foram abordados com o objetivo de minimizar os danos e consequências gerados por esses agravos por meio da otimização do atendimento inicial, sendo executado pela própria equipe escolar, presente no momento do acidente. Também vale destacar o papel desempenhado na prevenção de acidentes dessa natureza, através da orientação de mudanças estruturais e comportamentais no ambiente escolar e em seu entorno.

Os resultados apontaram satisfação da equipe participante, uma vez que a capacitação aumenta a segurança para lidar com os possíveis cenários retratados, tendo sido altamente recomendada na avaliação.

Deve-se salientar ainda a necessidade de considerar a expansão de cursos similares para outras escolas e profissionais de outras áreas, a fim de ampliar a repercussão dos efeitos pretendidos na comunidade. Também foi sugerida a possibilidade de aumento da carga horária em reproduções futuras visando maior aproveitamento dos temas, além de reciclagem para maior retenção do conhecimento e das habilidades ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA. **Epilepsia**. Disponível em: <http://www.cadastro.abneuro.org/site/publico_epilepsia.asp>.

American Heart Association. **Atualização das diretrizes de RCP e ACE**. Versão em português. AHA [Internet]. 2015. Disponível em: <<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EPILEPSIA. **Você sabe como ajudar durante uma crise convulsiva**. Disponível em: <<https://www.epilepsiabrasil.org.br/noticias/voce-sabe-como-ajudar-durante-uma-crise-convulsiva>>.

ÁVILA, M.; ALVES, M. R.; NISHI, M. Conselho Brasileiro de oftalmologia. **As condições de saúde ocular no Brasil**. Disponível em: <http://www.cbo.net.br/novo/publicacoes/Condicoes_saude_ocular_IV.pdf>.

Criança Segura Safe Kids Brasil. **15 anos de atuação da Criança Segura no Brasil**. Agosto 2016.

Disponível em: <<https://criancasegura.org.br/wp-content/uploads/2016/10/livreto-15-anos-v2D-2016-08-29-simples.pdf>>.

ERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. **Capacitação de professores para a promoção e educação em saúde na escola**: Relato de uma experiência.

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). **Censo Escolar da Educação Básica 2016 – Notas Estatísticas**. Fevereiro 2017. Disponível em: <http://download.inep.gov.br/educacao_basica/censo_escolar/notas_estatisticas/2017/notas_estatisticas_censo_escolar_da_educacao_basica_2016.pdf>.

MESQUITA ET. **Parada cardiorrespiratória e ataque cardíaco: novas estratégias na prevenção e abordagem inicial**. Ver SOCERJ. 1999; 12(1):444-5.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. **Departamento de análise de Situação de Saúde**. Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violência: Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/01, publicada no DOU nº 96 seção 1E de 18/05/01/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – 2.ed.- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005

MINOZZO, E. L.; ÁVILA, E. P. Escola Segura – **Prevenção de acidentes e primeiros socorros**. Porto Alegre: Age, p. 11-14, 2006.

NETO, N. M. G.. **Primeiros Socorros na Escola: Orientações para Professores da Educação Infantil Pré-escolar e do Ensino Fundamental I**. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – Universidade Federal de Pernambuco , Recife-PE. 2015.

PERCINOTO, C; CÔRTEZ, M. I. S.; BASTOS, J. V.; TOVO, M.F. **Abordagem do Traumatismo Dentário**. Disponível em:<<http://www.abodontopediatria.org.br/manual1/Capitulo-21-Abordagem-do-Traumatismo-Dentario.pdf>>.

Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos **LEI Nº 13.722**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13722.htm>.

PRIMEIROS SOCORROS NA ESCOLA: CONSTRUÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA PARA PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NO AMBIENTE ESCOLAR

Janaína Teixeira Pires

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Alana Rocha Puppim

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Debora Rupf

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Elisama Pimentel Damiani

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Francielle Bosi Rodrigues

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Gabriela Alves Martins de Souza

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Giulia Alves Sorrentino

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Jennifer de Souza

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Larissa Emanuella da Silva Costa

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Leica Heringer Tomaz

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Marcos Adriane Machado Filho

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Marizete Altoé Puppim

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Rafael Sampaio Oliveira

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Sheila Cristina Caniçali

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Thais Bone Mantovanelli

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

Wanêssa Lacerda Poton.

Universidade Vila Velha
Vila Velha – ES

RESUMO: No contexto do âmbito escolar, os alunos se tornam susceptíveis a traumas que exigem cuidados, dessa forma torna-se imprescindível que todos os profissionais que trabalham no ambiente escolar, não apenas professores, tenham conhecimentos sobre primeiros socorros. Pensando em capacitar esses profissionais para que sejam habilitados a prestar primeiros socorros de qualidade, cinco professores e onze alunos do curso de Medicina

da Universidade Vila Velha (UVV) promoveram o primeiro “Curso de prevenção de acidentes e primeiros socorros para professores de Ensino Fundamental”. O curso contou com a participação de trinta professores e funcionários do ensino fundamental I da Unidade Municipal de Ensino Fundamental Edson Tavares de Souza localizada em Vila Velha-ES. Para melhor fixação dos temas abordados durante o curso de capacitação, no último dia foi entregue aos participantes uma cartilha que aborda não só as maneiras corretas de socorrer os incidentes com escolares, mas também alertas quanto a atitudes incorretas no manejo destes agravos. O presente trabalho visa relatar a criação da cartilha de primeiros socorros e prevenção de acidentes no ambiente escolar, visto que, tal material confere a esses profissionais mais segurança frente a eventos inesperados, atuando tanto na prevenção de acidentes quanto no manejo dos primeiros socorros à vítima.

PALAVRAS-CHAVE: Primeiros socorros; Cartilha Educativa; Educação em Saúde; Professores de Ensino Fundamental.

ABSTRACT: In the context of the school, students become susceptible to trauma requiring care, so it is imperative that all professionals working in the schools, not just teachers, have knowledge about first aid. In order to qualify these professionals to be qualified to provide first aid quality, five teachers and eleven medical students of the Vila Velha University (UVV), promoted the first “Accident prevention and first aid course for elementary school teachers.” The course counted with the participation of thirty teachers and employees of elementary education I of the Municipal Elementary School Edson Tavares de Souza located in Vila Velha-ES. To better determine the topics covered during the training course, on the last day participants were given a booklet that addressed not only the correct ways to help incidents with schoolchildren, but also warned about incorrect attitudes in the management of these diseases. This paper aims to report the creation of the first aid primer and prevention of accidents in the school environment, since this material gives these professionals more security against unexpected events, acting both in the prevention of accidents and in the management of first aid to the victim.

KEYWORDS: First aid in schools; Development of a educational booklet; Health care education; Elementary school teachers.

1 | INTRODUÇÃO

O curso de primeiros socorros foi requerido pelos próprios professores e funcionários da escola Edson Tavares de Souza, os quais relatavam muitas dúvidas sobre quando entrar em contato com o SAMU e/ou bombeiros, e dificuldades no manejo de situações vivenciadas com frequência, como engasgo e crise convulsiva. Após elaboração criteriosa por parte dos professores orientadores e os alunos de medicina, foram selecionados temas baseados nas necessidades do público-alvo. Por fim, deu-se origem ao curso que fora realizado nas dependências da UVV, ao longo de quatro encontros, de aproximadamente duas horas cada, de setembro a novembro

de 2018.

Porém, ao longo dos dias de capacitação foi perceptível uma dificuldade em memorização dos passos e os principais comentários dos participantes eram em relação à dificuldade em manter a calma e lembrar-se da sequência correta. A fim de atender a esta demanda, os idealizadores do projeto se reuniram e construíram uma cartilha educativa em primeiros socorros.

A cartilha possui 26 páginas e procurou orientar por meio de textos, esquemas e ilustrações que, além de descontrair e animar torna o assunto menos pesado e facilita o entendimento.



Figura 1: Capa da cartilha Primeiros Socorros Na Escola

2 | A ELABORAÇÃO DA CARTILHA

Inicialmente, quando os idealizadores do curso de capacitação estavam discutindo sobre os temas a serem abordados, o objetivo era focar nos cuidados de primeiros socorros de crianças na faixa etária de 6 a 11 anos. Porém, a pedido dos participantes do curso, foi também contemplada a abordagem a lactentes, jovens e adultos, pois os participantes da capacitação gostariam de extrapolar as barreiras da escola e serem capazes de prestar primeiro socorro de qualidade não só aos estudantes do ensino fundamental, mas também a familiares, gestantes, amigos e/ou vizinhos.

Dessa forma, a cartilha, que foi construída ao longo do curso, aborda os principais atendimentos de diversas faixas etárias, desde indivíduos menores que 1 ano, até adultos.

Além de resumir e ilustrar todos os temas discutidos ao longo dos 4 dias de treinamento, a cartilha também destaca os assuntos que geraram mais dúvidas, buscando esclarecer questionamentos e desmistificar crenças populares que

pudessem prejudicar a compreensão e a realização de atendimento eficiente em primeiros socorros. Ao longo de toda construção houve intensa preocupação em não utilizar linguagem técnica e buscar métodos para tornar a leitura acessível, dinâmica e interessante possível. A versão final da cartilha foi entregue no último dia de treinamento a todos os participantes do curso, e os profissionais da escola que não puderam ir ao último dia de treinamento, receberam o material de revisão pela diretora da escola.

A estrutura deste material é: capa, contracapa, apresentação da equipe responsável pelo projeto, sumário e uma breve apresentação da cartilha. O material aborda maneiras corretas e alerta quanto a atitudes incorretas no manejo de 10 agravos: acidente com os olhos (Corpo estranho, Queimadura, Contusão, Ferimento e Perfuração), Cortes e Hemorragia, Convulsão, Desmaio, Manejo de Engasgo em adultos e em menores de 1 (um) ano, ingestão de Intoxicação, fratura, Parada Cardiorrespiratória e Traumatismo com os dentes. Além disso, orienta sobre a importância de “chamar por ajuda” dos órgãos responsáveis, como o SAMU, o Corpo de Bombeiros, a Polícia Militar e o Centro de Atendimento Toxicológico, delimitando sucinta e didaticamente quais situações de agravos são mais pertinentes a cada instituição.

Todas as imagens utilizadas neste trabalho são referentes aos alunos monitores do curso de capacitação, que simularam situações referentes aos temas abordados no curso.

Esse material, assim como todo o curso de capacitação de professores foi elaborado de acordo com as diretrizes da *American Heart Association*, Manual de primeiros socorros do Ministério da Saúde. (AHA, 2015).

3 | ALGUMAS RECOMENDAÇÕES DA CARTILHA

3.1 CHAMANDO POR AJUDA

			
BOMBEIROS 192 QUANDO CHAMAR? <ul style="list-style-type: none">• Incêndio;• Resgate aquático;• Vazamento de gás;• Resgate em locais altos;• Pessoas em ferragens;	SAMU 192 Quando Chamar? <ul style="list-style-type: none">• Dores no peito;• Desmaio;• Quedas e Atropelamentos;• Queimaduras;• Envenenamentos;• Hemorragia;• Fratura.	POLÍCIA MILITAR 190 QUANDO CHAMAR? <ul style="list-style-type: none">• Vítima da ação de infratores;• Situações de risco;• Perturbação da ordem;• Desordem.	POLÍCIA MILITAR 190 QUANDO CHAMAR? <ul style="list-style-type: none">• Intoxicação por medicamentos;• Intoxicação por produtos de limpeza;• Picada de aranha, escorpião, cobras.

3.2 CRISE CONVULSIVA

- Mantenha a calma!
- Proteja a vítima de objetos ao seu redor.
- Deixe o pescoço da vítima livre.
- Vire a cabeça da vítima de lado, para facilitar a respiração e evitar que aspire algo para os pulmões caso vomite.
- Não deixe a vítima sozinha após o fim da crise.
- Conte o tempo de duração da crise.



Figura 2: Posição de recuperação

3.3 ENGASGO

Em casos de obstrução parcial ainda pode existir troca de ar, nestes casos os socorristas devem incentivar a vítima a tossir, sempre monitorando a situação, já que se a obstrução parcial evoluir para uma obstrução total o serviço médico de emergência deve ser acionado imediatamente. Nos casos em que a obstrução é total, a troca de ar é inexistente e a tosse ineficaz, fato reconhecido pelo sinal universal de engasgamento, a vítima leva as mãos ao pescoço com fâcias de desespero. Nesse tipo de situação, deve-se acionar, imediatamente, o serviço médico de emergência e iniciar as 'manobras Heimlich' de desobstrução, com aplicação de força na região abdominal no sentido para dentro e para cima até que a vítima volte a falar.



Figura 2: manobra de Heimlich

Engasgo em crianças menores que 1 (um) ano de idade:

- Sente-se com lactente asfixiado e segure-o de barriga para baixo
- Apoie no antebraço. Deixe a cabeça levemente mais abaixada que o tórax.
- Segure a cabeça e mandíbula com a mão.
- Dê 5 estímulos firmes e contínuos no meio das costas usando a base da mão. Use força suficiente para tentar expelir o corpo estranho.
- Depois, vire todo o corpo do lactente apoiando a cabeça e pescoço. Mantenha a cabeça em posição mais baixa que o tronco.
- Faça 5 (cinco) compressões torácicas no meio do tórax. 1 (uma) compressão torácica por segundo.
- Repetir essa sequência até o objeto sair.

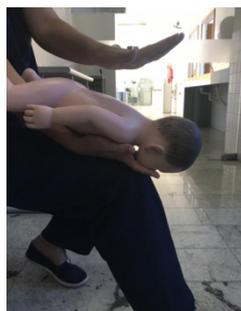


Figura 3: estímulo para desobstrução



Figura 4: compressões torácicas

3.4 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

CONCEITO: Interrupção súbita da circulação sistêmica e/ou da respiração. Condição grave necessita de suporte imediato.

Como identificar?

- Vítima não responsiva
- Ausência de movimentos respiratórios
- Ausência de pulso

PROCEDIMENTO:

COMPRESSÕES:

- Posicione-se no chão, de joelhos ao lado da vítima;
- Entrelace as mãos, posicionando-as entre os mamilos, no tórax da vítima;
- Faça 30 compressões com profundidade de aproximadamente 4-5 cm;
- Mantenha-se, durante todas as compressões, com os braços esticados e as costas retas!

VENTILAÇÕES:

- Faça 30 compressões e logo após faça 2 ventilações (respiração boca a boca);
- Este é um ciclo 30:2 e não deve ser interrompido até a chegada do DEA ou do SAMU;
- Para realizar ventilações de qualidade, é fundamental posicionar corretamente a cabeça do paciente;
- Com uma das mãos apoie na testa da vítima e exerça uma pequena tração para trás, fazendo uma extensão do pescoço, ao mesmo tempo com a outra mão, eleve o queixo da vítima;
- Neste momento, observe a boca do paciente e veja se há algo obstruindo a respiração;
- Antes de ventilar pince o nariz (usando o polegar e dedo indicador), e solte a pinça imediatamente após. Ao ventilar o paciente, coloque seus lábios vedando a boca da vítima completamente, impedindo vazamento de ar;
- Ventile 2 vezes (espere cerca de 3 segundo entre as ventilações);
- Imediatamente após cada ventilação, olhe para o tórax e observe se há expansão. A ventilação deve provocar elevação visível do tórax.



Figura 5: compressões torácicas



Figura 6: Ventilações

Utilize o desfibrilador externo automático (DEA) assim que ele chegar:

- Retire a camisa da vítima e posicione o aparelho ao lado da cabeça do paciente, que deve estar seco;
- Os eletrodos do desfibrilador são adesivos, coloque-os na posição correta;
- Eletrodo no centro do tórax (em crianças);
- Eletrodo entre as escápulas (em criança);
- Ligue o desfibrilador. Ele dará as instruções para que você plugue os cabos dos eletrodos na máquina;
- Quando o DEA avisar que o choque será administrado, é preciso verificar se não há ninguém se encostando à vítima;
- Assim que fizer isso, aperte o botão “choque”;
- Após o choque reinicie imediatamente as compressões;
- A cada 2 minutos o DEA reavaliará a necessidade de administrar o choque. Por isso, preste atenção enquanto está realizando as compressões e ouça as orientações do DEA!



Figura 7: uso do DEA (em criança)

4 | DISCUSSÃO

A construção da cartilha a respeito dos Primeiros Socorros na escola considerou o conhecimento prévio e opinião de todos os professores e funcionários que participaram do curso. A avaliação do conteúdo e aparência do material foi obtida e avaliada pelos professores como bem ilustrado, compreensível e esclarecedor, de forma que se apresenta como uma ferramenta pedagógica para ser utilizada pelos estudantes de medicina e outras áreas da saúde na educação em saúde na escola e na capacitação de profissionais da educação.

Tal fato pode contribuir com a tomada de decisão metodológica de profissionais envolvidos na educação em saúde para construir tecnologias educacionais, nas diversas temáticas.

É necessário que os participantes sejam continuamente treinados, por meio de cursos de reciclagem, anual, com disponibilidade de pré e pós-teste, a fim de investigar a efetividade do material como recurso didático e a apreensão do conhecimento dos

professores a partir da sua utilização.

Assim, a parceria entre os profissionais de educação com os da saúde se torna promissora no planejamento de discussões do campo da saúde e sua forma de abordagem no ambiente educacional, auxiliando a construção de novos métodos, estratégias e formas de pensar.

5 | CONCLUSÃO

Acapacitação em primeiros socorros para profissionais que trabalham no ambiente escolar é urgente. Porém mais que capacitar, é preciso dar a esses profissionais um material que seja confiável, de leitura leve e contendo, de forma resumida, as principais informações necessárias para um primeiro atendimento adequado. Desta forma, dá-se uma maneira de o profissional estar sempre lembrando condutas que salvam vidas e até mesmo consiga buscar rapidamente a informação no momento da emergência.

REFERÊNCIAS

American Heart Association (AHA); **GUIDELINES 2015/CPR E ECC**. Disponível em: <<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>>.

Brasil, Ministério da Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BROLEZI, A. E. **Orientações De Primeiros Socorros Em Urgência Na Escola**. Disponível em: <http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2014/primeiros_socorros_naescola.pdf>.

CALANDRIM, F. L.; SANTOS, B. A.; OLIVEIRA, R. L. E. et al. **Primeiros Socorros Na Escola: Treinamento De Professores E Funcionários**. Rev. Rene. v.18(3), p.292-9, 2017.

COELHO, J. P. S. L. **Ensino De Primeiros Socorros Nas Escolas E Sua Eficácia**. Revista Científica Do ITPAC. Araguaína, v.8, n.1, Pub.7, janeiro 2015.

FIORUC, B. E.; MOLINA, A. C.; VITTI JUNIOR, W. et al. **Educação Em Saúde: Abordando Primeiros Socorros Em Escolas Públicas No Interior De São Paulo**. Eletrônica de Enfermagem, v.10(3), p. 695-702, 2008.

GHC Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Instituto De Comunicação E Informação Científica E Tecnológica Em Saúde – ICICT. **Primeiros Socorros Em Escolas Privadas De Educação Infantil**. Porto Alegre, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília – DF 2013.

RIBEIRO, C. S. **Os Primeiros Socorros Como Uma Competência De Efetivação Dos Direitos Referentes À Vida E À Saúde: O Desafio Do Educador Infantil**. Trabalho apresentado no 1. Colóquio Internacional de Educação e Seminário de Pesquisa sobre Indicadores de Qualidade do Ensino Fundamental, Joaçaba, 2011.

Secretaria da Saúde de São Paulo (Cidade). **Manual De Prevenção De Acidentes E Primeiros Socorros Nas Escolas/ Secretaria Da Saúde. Coordenação De Desenvolvimento De Programas E Políticas De Saúde.** CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007.

SENAI. **Curso Básico De Segurança Em Instalações E Serviços Em Eletricidade: Noções De Primeiros Socorros Em Serviços Com Eletricidade.** 2º ed. Brasília, 2007.

SILVA. S. A.; SOARES. S. A. A; LIMA. D. C. L.. **Primeiros Socorros No Ambiente Escolar: Uma Ação Interdisciplinar.** Revista do Plano Nacional de Formação de Professores da Educação Básica. / Universidade Federal do Piauí, Teresina, v. 4, n. 1. p. 99-102. Jun. 2016.

QUAIS OS FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL? PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

Rodrigo Alberton da Silva

Faculdade de Medicina da Universidade de Passo Fundo
Passo Fundo - Rio Grande do Sul

Kielli Carla Fachin Guerra

Curso de Farmácia da Universidade de Passo Fundo
Passo Fundo - Rio Grande do Sul

Nathalia Sanvido Zandoná

Faculdade de Psicologia da Universidade de Passo Fundo
Passo Fundo - Rio Grande do Sul

Angélica Stefanello Facco

Faculdade de Farmácia da Universidade de Cruz Alta
Passo Fundo - Rio Grande do Sul

Seila Maria Oliveira de Abreu

Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo
Passo Fundo - Rio Grande do Sul

Maristela Piva

Faculdade de Psicologia da Universidade de Passo Fundo
Passo Fundo - Rio Grande do Sul

Bruno Martins Novello

Faculdade de Psicologia da Universidade de Passo Fundo
Passo Fundo - Rio Grande do Sul

Cristiane Barelli

Faculdade de Medicina da Universidade de Passo Fundo
Passo Fundo - Rio Grande do Sul

RESUMO: O tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA) tem avançado muito, ampliando a sobrevida, minimizando os efeitos adversos e proporcionando qualidade de vida dos pacientes. No Brasil, o tratamento do HIV/AIDS e o acompanhamento clínico e laboratorial são oferecidos gratuitamente, em serviços especializados e por meio de equipes multiprofissionais. Sabendo que a adesão ao tratamento é fator decisivo para manter a qualidade de vida dos pacientes e impedir a transmissão da doença, o grupo tutorial do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET-SAÚDE Gradua-SUS, durante sua no Serviço de Atenção Especializada da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo/RS, investigou quais os fatores que influenciam a adesão ao tratamento antirretroviral (TARV). Tendo como foco a percepção dos profissionais de saúde, foi desenvolvido um estudo observacional e exploratório, de abordagem qualitativa, onde foram abordados oito profissionais da saúde que atuam no serviço, maiores de 18 anos e que tenham um vínculo mínimo de 60 dias com o SAE. A coleta de dados utilizou a técnica de grupo focal e os resultados foram interpretados pela análise de conteúdo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo (Parecer 1.842.666). Com os resultados alcançados, espera-se oferecer subsídios aos

pacientes e a equipe do SAE para qualificar a adesão ao TARV, além de identificar estratégias que promovam melhorias no cuidado integral das pessoas vivendo com HIV/AIDS. **PALAVRAS-CHAVE:** HIV/AIDS; terapia antirretroviral; adesão ao tratamento; Serviço de Atenção Especializada (SAE); PET-Saúde;

WHICH FACTORS ARE ASSOCIATED WITH THE ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL TREATMENT? PERSPECTIVES OF THE PROFESSIONALS FROM A SPECIALIZED CENTER OF STI AND HIV/AIDS

ABSTRACT: The treatment of people living with HIV/AIDS (PLWHA) has been increased, elevating the survival, minimizing the adverse effects and giving a better quality of life to patients. In Brazil, the treatment of HIV/AIDS and the clinical and laboratorial follow are free, at specialized centers of STI and HIV/AIDS and by a multi-professionals teams. Knowing that the adherence to treatment is a major factor in the quality of life and to stop the disease's transmission, the tutorial group of Programa de Educação pelo Trabalho - PET-SAÚDE Gradua-SUS (a government program of education and work in health), during the work at Serviço de Atendimento Especializado da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo/RS, the regional specialized center, investigated which factor are associated with the adherence to antiretroviral treatment (ART). Focusing the perspectives of the professionals, an observational and exploratory study was developed, with qualitative approach, where eight health professionals from the service were addressed, all older than 18 years old and with more than 60 days at the center. The data collection utilized the focus group technique and the results were interpreted by the content analysis. The research was endorsed by the Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo (number 1.842.666). With the results, we aim to help the patients and the specialized center in STI and HIV/AIDS to qualify the adherence to ART, as well as identify strategies that promote the improvement of integral care of people living with HIV/AIDS. **KEYWORDS:** HIV/AIDS; antiretroviral therapy; treatment adherence; Specialized Center of STI and HIV/AIDS; PET-Saúde;

1 | INTRODUÇÃO

O tratamento das pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) tem avançado muito, ampliando a sobrevida dos pacientes, minimizando os efeitos adversos e proporcionando qualidade de vida. No Brasil, esse tratamento é oferecido gratuitamente, bem como o acompanhamento clínico e laboratorial, e isso ocorre em serviços especializados, por meio de equipes multiprofissionais. Sabendo que a adesão ao tratamento é fator decisivo para manter a qualidade de vida dos pacientes e impedir a transmissão da doença, o grupo tutorial do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET-SAÚDE Gradua-SUS que está atuando no Serviço de Atenção Especializada da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo/RS, ao vivenciar o cotidiano do

serviço, sentiu-se desafiado a investigar quais os fatores que influenciam a adesão ao tratamento antirretroviral (TARV) na percepção dos profissionais de saúde que atuam no serviço.

2 | DESENVOLVIMENTO

Trata-se de estudo observacional e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com oito profissionais da saúde que atuam no serviço, maiores de 18 anos, com vínculo superior a 60 dias com o SAE e que assinaram o termo de consentimento. A coleta de dados foi realizada pela técnica de grupo focal, com gravação em áudio e posterior transcrição. Os resultados foram interpretados pela análise de conteúdo. Participaram 7 mulheres e 1 homem, com profissões variadas: assistente social, enfermeiro, médico infectologista, psicólogo e técnico de enfermagem. O tempo de vínculo com o SAE variou de 1 a 13 anos. Os elementos identificados pela equipe de saúde como dificultadores da adesão do paciente ao tratamento para HIV/AIDS podem ser agrupados em quatro categorias (figura 1): a) de ordem farmacológica (efeitos adversos e complexidade terapêutica); b) da aceitação do diagnóstico e da doença (preconceito, estigma, exclusão social e distúrbios psicológicos); c) aspectos cognitivos (compreensão da doença de curso crônico, bem como seu prognóstico); d) e aspectos relacionais (falta de aceitação e apoio familiar, no ambiente de trabalho e na sociedade como um todo). A equipe de saúde também identifica que os pacientes que são soropositivos há mais tempo apresentam menor adesão ao tratamento. Ao serem questionados sobre estratégias que podem melhorar a adesão (figura 1) identificaram o acolhimento qualificado pelo SAE, bem como a criação de vínculos entre os pacientes e a equipe. Os profissionais reconhecem que o serviço pode oferecer outras intervenções terapêuticas além das consultas, exames e medicamentos, como exemplo grupo de apoio (que eles [pacientes] pudessem participar, que a gente pudesse explicar mais coisas) e cuidado centrado na família. Os profissionais reconhecem limitações estruturais (pessoal e transporte) que poderiam qualificar a adesão, tal como a busca ativa de pacientes não aderentes ou que abandonam o tratamento. Percebem, ainda, o aumento dos diagnósticos em jovens a partir de 15 anos, pois iniciam a vida sexual precocemente, sem orientações adequadas para prevenir as infecções sexualmente transmissíveis. Em uma perspectiva mais ampla, a equipe acredita que a favorável evolução da terapêutica diminuiu a veiculação do problema da transmissão do HIV/AIDS na mídia, podendo até banalizar as medidas de prevenção. Entretanto, estamos diante de uma doença crônica, sem cura, e que compromete muito a vida dos soropositivos.

CATEGORIAS



ESTRATÉGIAS

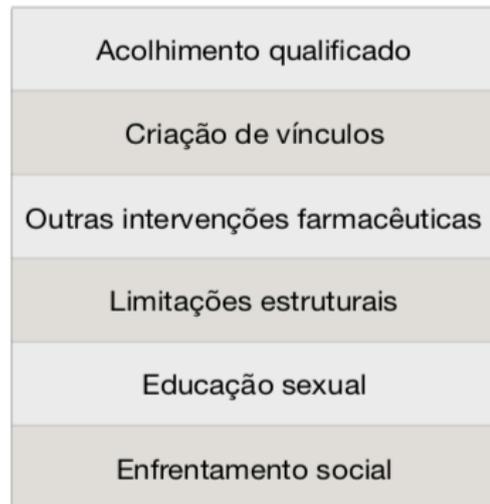


Figura 1 - Categorias dos dificultares da adesão ao tratamento e estratégias para melhorar a adesão.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais revelaram que aspectos farmacológicos, aceitação da doença, questões cognitivas e relacionais influenciam na adesão ao TARV. Apesar dos avanços terapêuticos ocorridos, para enfrentar a epidemia AIDS é necessário ampliar o acesso à educação sexual, cuidados de saúde de qualidade e o enfrentamento permanente do conservadorismo e de toda violência e discriminação contra PVHA.

REFERÊNCIAS

BOLELLA, V.R.; et al. (Org.) **Adesão: o presente e o futuro na luta para o controle do HIV/aids**. Ribeirão Preto: FUNPEC Editora, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

GRECO, D.B. **Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1553-1564, maio 2016.

POPE, C. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

REALIDADE VIRTUAL: SUA RELAÇÃO COM A FUNCIONALIDADE E COGNIÇÃO DE IDOSOS

Thayná da Silva Lima

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro
Universitário Fametro – Unifametro
Fortaleza - CE

Amanda Portela do Prado

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro
Universitário Fametro – Unifametro Fortaleza - CE

Matheus Kiraly Neris Lopes

Graduando em Fisioterapia pelo Centro
Universitário Fametro – Unifametro
Fortaleza - CE

Herley Maciel de Holanda

Graduando em Fisioterapia pelo Centro
Universitário Fametro – Unifametro Fortaleza –
CE

Paulo Fernando Machado Paredes

Fisioterapeuta Doutorado e Pós-Doutorado em
Biotecnologia em Saúde, professor do curso
de graduação em Fisioterapia pelo Centro
Universitário Fametro - Unifametro
Fortaleza – CE

Thaís Teles Veras Nunes

Fisioterapia Mestre em Saúde Coletiva,
professora do curso de graduação em Fisioterapia
pelo Centro Universitário Fametro - Unifametro
Fortaleza – CE

RESUMO: O envelhecimento da população mundial vem sendo um grande desafio para a saúde pública. No idoso, ocorrem diversas

alterações fisiológicas, como o declínio da função cognitiva que afeta sua funcionalidade. A realidade virtual tem sido proposta como uma ferramenta do tratamento fisioterapêutico e oferece condições favoráveis para o treinamento e estímulo cognitivo e motor. **OBJETIVO:** Realizar uma revisão integrativa sobre a realidade virtual e o treinamento da cognição e da funcionalidade em idosos. **METODOLOGIA:** Tratou-se de uma revisão integrativa, realizada nas bases de dados MEDLINE, LILACS, PUBMED, BVS e buscador acadêmico Google Acadêmico. Foram encontrados 38 artigos e, após análise, permaneceram apenas 13. Foram selecionados ensaios clínicos, estudos de caso, dissertações e teses, publicados nos últimos cinco anos. Foram exclusas revisões bibliográficas e trabalhos de conclusão de curso. **RESULTADOS:** O uso da realidade virtual mostrou-se eficaz, pois proporcionou aos indivíduos melhora na tarefa de memória de curto prazo, no equilíbrio estático e dinâmico, na desenvoltura da marcha, em todas as suas fases, preveniu o risco de quedas e, destacando a relação entre funcionalidade e cognição, os estudos indicaram melhor resposta cognitiva, tornando os participantes mais ativos no processo mental de percepção, memória e juízo. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a modalidade de jogos virtuais favorece a otimização do estímulo cognitivo e da funcionalidade com maior

resposta na coordenação motora, fortalecimento muscular e equilíbrio. Proporciona não só uma melhor agilidade cognitiva, mas também uma melhor qualidade de vida. Em suma, deve-se focar em prevenção precoce das alterações cognitivas de maneira lúdica.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia. Idoso. Cognição.

ABSTRACT: The aging of the world's population has been a major public health challenge. In the elderly, there are several physiological changes, such as the decline of cognitive function that affects its functionality. Virtual reality has been proposed as a tool of physiotherapeutic treatment and offers favorable conditions for training and cognitive and motor stimulation. **OBJECTIVE:** Perform an integrative review on virtual reality and training of cognition and functionality in the elderly. **METHODOLOGY:** This was an integrative review carried out in the MEDLINE, LILACS, PUBMED, VHL and Academic Google Scholar search databases. We found 38 articles and, after analysis, only 13 remained. We selected clinical trials, case studies, dissertations and theses, published in the last five years. Bibliographical reviews and course completion papers were excluded. **RESULTS:** The use of virtual reality proved to be effective, as it provided individuals with improved short-term memory tasks, static and dynamic balance, gait in all phases, prevented the risk of falls, and highlighting the relationship between functionality and cognition, studies indicated a better cognitive response, making the participants more active in the mental process of perception, memory and judgment. **CONCLUSION:** It is concluded that the virtual games modality favors the optimization of cognitive stimulation and functionality with greater response in motor coordination, muscle strengthening and balance. It not only provides better cognitive agility, but also a better quality of life. In short, we should focus on early prevention of cognitive changes in a playful way.

KEYWORDS: Physiotherapy. Old man. Cognition.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial vem sendo um dos maiores desafios para a saúde pública. Com o processo de envelhecimento cada vez mais acentuado, alterações fisiológicas, como o declínio da capacidade cognitiva, são inevitáveis, sendo este um fator importante para o desvio da funcionalidade e bem-estar da pessoa idosa. Ao passo que isso acontece, ocorre, simultaneamente, um aumento na dependência diária, no qual o indivíduo passa a depender de algum cuidador para ter acesso ou para realizar atividades que antes eram comuns ao cotidiano (FARIAS; CASTRO; ALMEIDA, 2015).

Entende-se por cognição uma diversidade de processos mentais, como memória, percepção, raciocínio, linguagem e resolução de problemas (RAMOS, 2013). Uma deficiência nessas faculdades, pode acarretar em declive funcional, quedas recorrentes, fraturas, lacerações e, até mesmo, hospitalização. Um dos

pontos mais fortes dessa vertente é a dificuldade de armazenamento da memória, que traz prejuízos tanto sociais, quanto ocupacionais, levando à perda da autoestima, autoabandono e isolamento, que fazem com que o idoso seja desprezado no ambiente familiar. Percebendo a fisiopatologia do envelhecimento, nota-se que o exercício físico é um importante aliado a partir do momento em que retarda esse processo, diminuindo o agravamento de doenças crônicas. Esse conjunto de circunstâncias faz propor uma necessidade de intervenção terapêutica (CORDEIRO et al., 2014).

Os objetivos terapêuticos baseiam-se em reduzir o risco de acidentes que possam levar à imobilização prolongada, amenizar os índices de estresse, otimizar funções cognitivas, capacidade de autocuidado e autonomia dos indivíduos durante a realização das atividades de vida diária (AVD). À vista disso, desenvolveu-se a proposta da realidade virtual como terapia lúdica que aborda a maneira de fugir do habitual e engloba técnicas de reabilitação fisioterapêutica inserindo a tecnologia como instrumento de saúde, desta forma, proporciona momentos de lazer, bem-estar físico, mental e faz com que exista uma boa interação entre profissional e paciente (BORGES; MENDES, 2017).

A realidade virtual permite o contato homem e máquina, de maneira a simular um ambiente real, oferecendo condições favoráveis para treinamento e estímulo cognitivo e motor. A apresentação gráfica e sensorial associada ao mecanismo de biomecânica permite a melhora do equilíbrio, postura, funcionalidade, potencial de memória, entre outras. Segundo Treml et al. (2014), pode ser tida como mais eficiente que o treinamento proprioceptivo convencional.

2 | OBJETIVO

Realizar uma revisão integrativa sobre a realidade virtual e o treinamento da cognição e da funcionalidade em idosos.

3 | METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa, para identificação de benefícios da realidade virtual como proposta terapêutica, utilizou-se a revisão integrativa de literatura, pois a mesma é sumariada durante a análise de um estudo particular.

A coleta de artigos foi realizada através das bases de dados MEDLINE, LILACS, BVS e portal PUBMED, utilizando os seguintes descritores: fisioterapia, funcionalidade, envelhecimento, cognição, realidade virtual e idoso. No decorrer da pesquisa, foram encontrados trinta e oito artigos relacionados à temática geradora e após a leitura acurada de títulos e resumos, permaneceram apenas treze destinados à execução deste estudo. Durante a busca, os critérios de inclusão dos artigos foram limitados a ensaios clínicos, estudos de caso, dissertações e teses, publicados nos últimos cinco anos, que tinham relação direta com o tema. Foram exclusas revisões bibliográficas e

trabalhos de conclusão de curso.

4 | RESULTADOS

O uso da realidade virtual mostrou-se eficaz ao passo que proporcionou aos indivíduos melhora significativa na tarefa de memória de curto prazo, melhorou o equilíbrio tanto estático, quanto dinâmico, a desenvoltura da marcha, em todas as suas fases, diminuiu o risco de quedas e, destacando a relação entre funcionalidade e cognição, os estudos indicaram melhor resposta cognitiva, tornando os participantes mais ativos no processo mental de percepção, memória e juízo, conforme apresentado na Tabela 1.

Título do artigo	Autores	Intervenção estudada	Resultados
Treinamento cognitivo de idosos com o uso de jogos eletrônicos: um estudo de caso.	Barroso, S Curtiço, J Lopes, D Pereira, F Ruiz, J	Treinamento de atenção e memória através da utilização de jogos eletrônicos.	Melhora na tarefa de memória de curto prazo, sequência de dígitos recordados em ordem inversa, tarefa de cópia no teste do relógio e número de palavras recordadas no teste de memória de curto prazo.
Desenvolvimento de jogos digitais como estratégia na melhoria de cognição e motricidade de idosos utilizando técnicas de memorização e movimentação.	Farias, A Castro, C Almeida, W	Aplicação de questionários individuais dentro do projeto MOTRIZ, que implementa várias atividades onde se pode exercitar tanto suas habilidades lógicas, quanto concentração e habilidade.	O jogo pode ser utilizado como ferramenta de auxílio a um tratamento, permitindo a realização das AVD mais eficiência.
Efeitos do treinamento com <i>Exergames</i> e do exercício físico aeróbico e no desempenho cognitivo e variabilidade da frequência cardíaca de idosos.	Guimarães, A	Realização de pesquisa intitulada " <i>Desempenho cognitivo em idosos: jogos eletrônicos, atividade física e nutrição</i> " através de <i>Exergames</i> e exercício aeróbico.	Melhora da função executiva, memória tardia, tempo de reação e atenção visual.
Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados.	Trindade, A Barboza, M Oliveira, F Borges, A	Caracterização do idoso, seguida da aplicação do MEEM, Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage e Escala de Lawton.	Todas as escalas de avaliação obtiveram valores significativos, exceto entre MEEM e Yesavage para idosos institucionalizados.
O uso da plataforma <i>Balance Board</i> como recurso fisioterápico em idosos.	Treml, C Kalil, F Ciccarino, R Wegner, R Saita, C Corrêa, A	Efeitos de um protocolo de tratamento fisioterapêutico com a utilização de <i>videogame</i> associado à plataforma <i>Balance Board</i> em indivíduos idosos.	A proposta desse protocolo dentro da rotina semanal dos indivíduos poderia auxiliar na melhora do equilíbrio e propriocepção.
Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos.	Cordeiro, J Castillo, B Freitas, C Gonçalves, M	Análise comparativa composta por Teste de Memória Emocional, Índice de Katz e Avaliação da Qualidade de Vida.	Idosos ativos apresentaram melhores escores tanto na memória quanto na qualidade de vida, comparados a idosos insuficientemente ativos, assim como a capacidade funcional.

Avaliação de parâmetros hemodinâmicos e vasculares na doença de Alzheimer, demência vascular e alterações cognitivas leves: um estudo piloto.	Santos, J Rodrigues, C Zogheib, J Malachias, M Rezende, B	Avaliação indireta da rigidez arterial por mensuração não invasiva de parâmetros hemodinâmicos e pelo equipamento <i>MobilO-Graph</i> e também submetidos à avaliação ecográfica da artéria carótida por duplex Scan.	Alterações cognitivas leves mostraram maior padrão de normalidade nos exames de imagem, quando comparadas à Doença de Alzheimer e demência vascular.
Efeitos dos exercícios de dança com <i>videogame</i> nos fatores intrínsecos relacionados a quedas em idosas da comunidade.	Rodrigues, E	Foram realizados testes de pico de torque, qualidade muscular e das atividades instrumentais da vida diária através da escala de Lawton, para a exclusão e avaliação, antes do procedimento do protocolo de dança em interface com o <i>videogame</i> .	O treinamento físico com a dança virtual realizado, de intensidade leve a moderada, melhorou a função muscular e aumento da força isométrica dos membros inferiores.
Efeitos de um treino em ambiente virtual sobre o desempenho da marcha e funções cognitivas em idosos saudáveis.	Lobo, A	Foram realizados treinos de alongamentos global e treinamentos de equilíbrio com os jogos do Nintendo Wii Fit Plus para as demandas motoras e cognitivas.	O treinamento Wii Fit Plus proporcionou um efeito superior ao treino controle sobre as funções cognitivas. Melhor desempenho da marcha em condições complexas e simples. Estimulação sensorial-motora e cognitiva integrada proporcionada pelos jogos.
Avaliação cognitiva e de equilíbrio em idosos institucionalizados após intervenção de <i>xbox</i> terapia.	Borges, A Mendes, G	Para avaliação da função cognitiva foi realizado o MEEM, para a avaliação do equilíbrio foi realizado o teste TINETTI, sendo composto por 16 itens, 9 são para equilíbrio do corpo e 7 para marcha.	A maioria dos indivíduos teve aumento do pós-teste no domínio do equilíbrio geral e apenas 1 idoso teve melhora no quesito de marcha.
Jogos cognitivos eletrônicos: Contribuições à aprendizagem no contexto escolar.	Ramos, D	Aplicação do programa de neuroeducação baseado em jogos disponíveis na web e nos registros tanto pelos alunos como professores.	Dentre as mudanças percebidas foram destacadas maior: capacidade de concentração, maturidade, competitividade, autonomia, persistência e rapidez na resolução de problemas e execução das atividades propostas em sala.
Uso do <i>videogame</i> na reabilitação do equilíbrio postural em pacientes com vestibulopatia crônica.	Doná, F Lima, C Doná, S Santana, W Maia, D Kasse, C	O programa foi elaborado visando o treinamento do equilíbrio postural e redução da tontura por meio de estímulos optocinéticos, sacádicos, perseguição ocular lenta, interação visuovestibularsomatossensorial e dupla tarefa.	Após a reabilitação do equilíbrio postural houve uma redução de sintomas como tontura e melhora da estabilidade postural.
Experiência de treinamento com <i>Nintendo Wii</i> sobre a funcionalidade, equilíbrio e qualidade de vida de idosas.	Sposito, L Portela, E Bueno, E Carvalho, W Silva, F Souza, R	Foram realizadas as avaliações de funcionalidade, equilíbrio e qualidade de vida e exercícios realizados em ambiente virtual.	Uma das idosas apresentou melhora no escore total da avaliação do equilíbrio, a partir da escala de Berg, outra teve melhora na qualidade de vida, analisando a saúde física e saúde mental geral.

Tabela 1- Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa

Fonte: próprios autores

5 | CONCLUSÃO

A partir do exposto, pode-se concluir que a modalidade de jogos virtuais, por proporcionar movimentos corporais e captar a atenção do idoso, favorece a otimização do estímulo cognitivo e da funcionalidade com maior resposta na coordenação motora, fortalecimento muscular e equilíbrio.

Oferece não só uma melhor agilidade cognitiva, mas também uma melhor qualidade de vida, pois junto a isso o indivíduo tende a se familiarizar novamente com o convívio social e tornar-se mais independente, elevando assim sua autoestima. Contudo, são necessários estudos com um maior número de participantes. Em suma, o ideal é focar em prevenção precoce das alterações cognitivas de maneira lúdica.

REFERÊNCIAS

BARROSO, S. M. et al. Treinamento cognitivo de idosos com uso de jogos eletrônicos: Um estudo de caso. **Ciências & Cognição**, v. 23, n. 1, 2018.

BORGES, A. P. M.; MENDES, G. C. Avaliação cognitiva e de equilíbrio em idosos institucionalizados após intervenção de xbox terapia. **Cadernos da Escola de Saúde**, v. 1, n. 13, 2017.

CORDEIRO, J. et al. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 541-552, 2014.

DA TRINDADE, A. P. N. T. et al. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 2, 2017.

DONÁ, F. et al. Uso do videogame na reabilitação do equilíbrio postural em pacientes com vestibulopatia crônica. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, v. 6, n. 2, 2015.

DOS SANTOS, J. I. et al. Avaliação de parâmetros hemodinâmicos e vasculares na doença de Alzheimer, demência vascular e alterações cognitivas leves: um estudo piloto. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 5, p. 671-680, 2017.

FARIAS, A. A.; CASTRO, C. AL.; ALMEIDA, W. RM. Desenvolvimento de jogos digitais como estratégia na melhoria de cognição e motricidade de idosos utilizando técnicas de memorização e movimentação. **Anais do Computer on the Beach**, p. 081-090, 2015.

GUIMARÃES, A. V. et al. Efeitos do treinamento com exergames e do exercício físico aeróbio no desempenho cognitivo e na variabilidade da frequência cardíaca de idosos. 2015.

LOBO, A. M. **Efeitos de um treino em ambiente virtual sobre o desempenho da marcha e funções cognitivas em idosos saudáveis**. 2013. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

MENEZES, T. M. O.; LOPES, R. L. M. Significados do vivido pela pessoa idosa longeva no processo de morte/morrer e luto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3309-3316, 2014.

RAMOS, D. K. Jogos cognitivos eletrônicos: contribuições à aprendizagem no contexto escolar. **Ciências & Cognição**, v. 18, n. 1, 2013.

RODRIGUES, E. V. Efeitos dos exercícios de dança com videogame nos fatores intrínsecos relacionados a quedas em idosas da comunidade. 2016.

SPOSITO, L. A. C. et al. Experiência de treinamento com Nintendo Wii sobre a funcionalidade, equilíbrio e qualidade de vida de idosas. **Motriz**, v. 19, n. 2, p. 532-540, 2013.

TREML, C. J. et al. O uso da plataforma Balance Board como recurso fisioterápico em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 759-768, 2013.

SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA COM GRUPO DE IDOSOS EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VILA VELHA

Yara dos Santos Nunes

Universidade Vila Velha, Vila Velha – Espírito Santo

Ana Carolina Correia Costa

Universidade Vila Velha, Vila Velha – Espírito Santo

Luíza Helena De Castro Victal e Bastos

Universidade Vila Velha, Vila Velha – Espírito Santo

Jéssica Luchi Ferreira

Universidade Vila Velha, Vila Velha – Espírito Santo

Stephani Vogt Rossi

Universidade Vila Velha, Vila Velha – Espírito Santo

Miguel Henrique Moraes de Oliveira

Universidade Vila Velha, Vila Velha – Espírito Santo

Guilherme Burini Lopes

Universidade Vila Velha, Vila Velha – Espírito Santo

RESUMO: Trata-se de um relato de caso vivenciado por três estagiárias de psicologia em um grupo de convivência de idosos, coordenado por uma enfermeira e assistente social, em uma Unidade de Saúde da Família em Vila Velha. O presente trabalho visa descrever e discutir as experiências das estagiárias, envolvendo a prática de estudantes de medicina e psicologia

em uma equipe multiprofissional, atuando na promoção da saúde física e mental. A visão biopsicossocial de trabalho com o grupo propiciou potencializar o desenvolvimento biopsicossocial dos participantes, em perspectiva do cuidado integral dos sujeitos envolvidos, considerando que durante o envelhecimento diversas mudanças biológicas, funcionais, socioeconômicas e psicossociais se fazem presentes. A manutenção da saúde se faz na mediação da dinâmica entre o corpo e a mente, em um trabalho mediado por equipe multiprofissional, pretendendo alcançar a qualidade de vida dos idosos participantes.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento; atenção primária; interdisciplinaridade; promoção da saúde.

MENTAL HEALTH IN THE CONTEXT OF HEALTH INTEGRAL: EXPERIENCE REPORT WITH GROUP OF ELDERLY PEOPLE IN FAMILY HEALTH UNIT OF VILA VELHA

ABSTRACT: It is a case report by three psychology students about their internship, coordinated by a nurse and social worker, in a social group of elderly people, at a Family Health Unit located in Vila Velha. The presente work aims to describe and discuss the intern's experiences, including the medical

and psychology students' practice in a multiprofessional healthcare team, promoting physical and mental health. The interdisciplinary approach used in the social group has fostered the biopsychosocial development of the participants, in an integral care perspective, considering that during aging several biological, functional, socioeconomic and psychosocial factors are present. The interdisciplinary team works as mediator of the dynamic between mind and body, providing the health maintenance and aiming to increase the quality of life of the participants.

KEYWORDS: Aging; primary attention; interdisciplinarity, health promotion.

1 | INTRODUÇÃO

O processo da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi dado no ano de 1988, nascido da reivindicação social através da reforma sanitária. Tornando o acesso da saúde, gratuito a toda população, no qual possuía um modelo até então estabelecido dividido em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados, os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada) e os que não possuíam nenhum direito (PORTAL BRASIL, 2009).

A partir desse momento histórico o modelo antigo cai por terra e é reestruturado num novo modelo descrito por Vasconcelos e Pasche (2006):

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim. (VASCONCELOS, PASCHE, 2006).

Segundo Oliveira, et al (2008) através do modelo assistencial do SUS, são trazidos princípios e concepções diferentes daqueles empregados no Brasil. Sendo eles a universalidade, a integralidade e a equidade. Entretanto, como aponta Carvalho (2013), lamentavelmente, ao se falar dos objetivos da saúde, dentro desses princípios, se pensa a respeito de se tratar pessoas doentes. Pensamento este que está envolvido tanto no público quanto no privado, contudo esquecemos de que o maior objetivo da saúde é impedir que as pessoas adoçam.

Portanto, segundo a lei nº 8.080/90 “o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990).

Assim sendo, no Brasil, a Atenção Primária a Saúde incorpora os princípios da Reforma Sanitária, fazendo com que o SUS adote a designação Atenção Primária à

Saúde (APS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial (STARFIELD, 2002). Desta forma, a APS se apresenta como uma estratégia de organização da atenção à saúde, voltada para responder de forma regionalizada, sistemática e contínua a maior parte das necessidades de saúde de uma população, sendo conhecida como a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde (GIL, 2006).

A APS busca integrar ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Portanto, seu principal objetivo é solucionar possíveis emergências ou agravos, orientar sobre a prevenção de doenças, e direcionar os casos mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. Funciona então, como um filtro, sendo capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (BRASIL, 2012).

Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios do SUS, que são, a universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, integralidade do cuidado (não se limitando ao corpo puramente biológico), da equidade e da participação social (CAMPOS, MINAYO, 2008). A Atenção Básica se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a prevenção de agravos visando uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde dos sujeitos (MATTA, MOROSINI, 2009).

Outro princípio relevante, é a coordenação do cuidado, pois, mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizada em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que frequentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que, acabam tendo pouco diálogo entre si (STARFIELD, 2002).

Conforme o desenvolvimento da Atenção Primária a Saúde no Brasil e as diversas tentativas de organização, inúmeros modelos foram criados ao redor do país, contudo, o destaque se volta a criação do Programa de Saúde da Família, posteriormente chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Unidades de Saúde da Família (USF).

Diante de uma visão que busca a integralidade no trabalho da saúde, faz-se necessário um olhar cuidadoso para o público da terceira idade, no que diz respeito aos aspectos de envelhecimento e a atuação da atenção básica sobre esse momento de vida de muitos indivíduos que estão inseridos na sociedade contemporânea.

No que tange ao trabalho da atenção básica, referente às ações governamentais na área da saúde, o Art 10º coloca a necessidade de garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do SUS, a fim de prevenir e promover a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas (BRASIL 1994).

Seguindo a perspectiva proposta da atenção básica, como é visto na PNAB, foram criadas políticas que resguardam a população idosa, amparada pela lei n. 8.842, de 4 janeiro de 1994, onde o Art 1º diz que o objetivo da política nacional do idoso é

assegurar os direitos sociais desse, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL 1994).

Para falar sobre esse processo de envelhecimento, devemos lembrar que a velhice se trata de uma fase pessoal, natural e inevitável, para qualquer ser humano, na evolução da vida. Onde ocorrem mudanças biológicas, como o aparecimento de rugas, progressiva perda da elasticidade, diminuição da força muscular; mudanças psicossociais, como consciência da aproximação do fim da vida, declínio no prestígio social, acúmulo de experiências, mudanças funcionais, além de transformações socioeconômicas e políticas (FERREIRA et al., 2011).

Diante disso políticas públicas de proteção ao idoso têm sido desenvolvidas com o intuito de garantir o cumprimento dos direitos e interesses desta população, contribuindo para a melhoria de sua qualidade de vida, bem como na busca de produção de subjetividade, onde a atuação da atenção primária deve –se fazer presente no que tange aos princípios básicos do SUS.

Em base disso, deve-se pensar sobre a atuação dos profissionais de saúde mental (psicólogos, psiquiatras ou médico assistente de referência, com enfoque na visão holística do paciente) na saúde pública, para assim propor novas maneiras de entender o que é psicologia e todas abrangências que ela possui, como meio de promover qualidade de vida e bem-estar a pessoa idosa, junto a uma perspectiva multiprofissional.

Uma dessas atuações encontradas foram em grupos de saúde. Onde é visto por Zimerman (2007) que “o ser humano é gregário por natureza e ele somente existe em função dos seus inter-relacionamentos grupais” A promoção da identificação e o encontro de seus iguais num campo grupal se constitui como uma galeria de espelhos, onde cada um pode refletir e ser refletido nos e pelos outros.

A estruturação do grupo de idosos, propõe-se a potencializar, através dos encontros, esse indivíduo na terceira idade. Se entende a importância de sua criação, pois conforme Dalmolin et al., (2011) “historicamente os idosos vivenciam a segregação social e comumente vivem excluídos dos ambientes de relações interpessoais, especialmente a partir de suas aposentadorias”

Assim esse trabalho que busca o desenvolver desse idoso dentro da sociedade contemporânea, é então proposto na atenção básica de saúde da família, que por meio de ações governamentais, visam na promoção de saúde, qualidade de vida e potencialidades que possam ser desenvolvidas por esses idosos, afim de gerar autonomia e agregar valor a esse momento de vida tão singular.

Seguindo essa perspectiva, o presente artigo apresenta um relato de experiência realizado pelas estagiarias do curso de Psicologia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Vila Velha, onde buscam descrever e discutir as experiências e vivências em um Grupo de promoção de saúde de idosos.

2 | METODOLOGIA

2.1 Materiais

Os materiais de coleta foram através de uma folha de registro no qual eram lançados os objetivos que se visava alcançar com as atividades, os procedimentos para realizá-la, os participantes que estavam presentes realizando a atividade e os resultados alcançados em cada uma. A partir das discussões realizadas, as estagiárias de psicologia organizam um cronograma mensal com todas as atividades que serão realizadas.

A folha de planejamento aonde as atividades eram registradas, seguia uma ordem das necessidades de temáticas que o grupo demonstrava ter, ou seja, a partir do foco de cada temática selecionada pelas estagiárias para ser trabalhado com o grupo a cada mês, este combinado com a programação previamente planejada, através de um feedback da dinâmica de funcionamento e demanda que o grupo trazia.

O cronograma mensal e as ideias passam por uma supervisão de estágio realizada pela professora orientadora.

2.2 Participantes

O público-alvo do grupo são pessoas com idade a partir de 60 anos, moradores do território.

O funcionamento do grupo se dá de forma aberta, onde as demandas podem chegar por um convite, por encaminhamento médico ou psicológico. Para participar, basta ter a idade de 60 anos. Dessa forma, as estagiárias de psicologia junto com a equipe profissional do grupo (que é composto, a saber, por uma enfermeira, uma agente de saúde e uma assistente social) formula e discute os temas e assuntos relevantes a serem tratados no grupo, sempre respaldadas por um embasamento teórico.

2.3 Coleta de Dados

Os relatos dos encontros do grupo foram realizados em um primeiro momento de forma semanal em uma folha de registro pelas três estagiárias. Posteriormente foi criado um registro mensal com o objetivo de sintetizar e agrupar os acontecimentos, fazendo dessa forma uma síntese dos temas abordados que foram realizadas.

2.4 Momentos

A atuação das estagiárias de psicologia foi ordenada para um melhor funcionamento numa divisão em (4) quatro momentos. Separados em:

- a. Primeiros Encontros
- b. Planejar e intervir

- c. Fortalecimento de vínculos
- d. Promoção da saúde

Cada um deles possui um enfoque diferente que simboliza um marco em mudança de atuação e planejamento das estagiárias em campo.

Na etapa de “Primeiros Encontros” é caracterizado pela inserção das estagiárias de psicologia no grupo, afim de observar o que ocorria no grupo e sua dinâmica natural até o presente momento, e elaboração de metas para o futuro do grupo. Na segunda fase, “Planejar e intervir”, o trabalho desenvolvido estava focado no panorama de elaboração de objetivos para o grupo, com base nas necessidades identificadas a partir dos encontros e das queixas dos participantes do grupo.

Após a elaboração de objetivos foi dado o momento de “Fortalecimento de vínculos”. Esse fortalecimento diz respeito a interação dos integrantes do grupo entre eles quanto para com as estagiárias, para que então o trabalho fosse melhor realizado e assim trazer melhores resultados quanto a aceitação e elaboração de vínculo que potencializariam o grupo.

Por fim a quarta e última etapa, é a de “Promoção da saúde”. Pois Grupos desse tipo trazem em seu objetivo, como o próprio nome já sugere, a promoção da saúde e qualidade de vida, o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e evolução contínua do nível de saúde e condições de vida.

3 | RELATOS DE EXPERIÊNCIA

A inserção a Unidade de Saúde da Família se deve a realização da matéria de estágio básico do curso de Psicologia. Sendo assim, três estudantes estagiárias do curso começaram a realizar as atividades a partir de 14 de março de 2017. O estágio foi realizado durante as terças-feiras, no horário compreendido entre 07h30 e 11h30 da manhã.

As atividades foram marcadas inicialmente pela observação da dinâmica de trabalho da Unidade de Saúde de Vila Velha. Durante este primeiro período de estágio, realizado entre os dias 14 a 28 de março, e realizado de forma rotativa entre as estagiárias de Psicologia ocorreu a observação de diferentes setores da Unidade de Saúde da Família, visando a realização de análise crítica sobre a dinâmica do local. Esta demanda foi orientada pela profissional de saúde de psicologia da época.

Após o conhecimento integral da Unidade de Saúde houve a inserção das estagiárias no grupo de idosos, que se deu no dia 18/04, iniciando com uma observação da dinâmica de funcionamento do grupo, com o objetivo de conhecer seus participantes, atividades e todos os projetos desenvolvidos por eles.

O grupo de idosos, no período inicial de contato, era composto por duas profissionais de saúde, sendo elas, uma enfermeira e uma médica, que comparecia uma vez por mês. O número de participantes ativos no início era de 3 a 4 idosos,

contudo, no decorrer da inserção e devido algumas estratégias adotadas, houve um aumento significativo de participantes, chegando ao quantitativo de em média 8 idosos ativos no grupo.

O grupo de idosos da Unidade de Saúde da Família é relativamente novo, desde a sua data de fundação em 2015. Com a entrada das estagiárias, o grupo passou a ter objetivo diferente do que antes era proposto. Desta forma, descreveremos nossa participação no grupo através de 4 (quatro) momentos.

3.1 Primeiros Encontros

O primeiro momento é caracterizado pela inserção das estagiárias de psicologia no grupo, a fim de observar o que ocorria no grupo e sua dinâmica natural até o presente momento.

Conforme o resultado das observações, as informações foram passadas para folha de registro semanal e individual de cada estagiária e assim ocorreu a descrição dos primeiros encontros. Partindo do pressuposto de que as estagiárias enxergavam o grupo com uma noção do conceito de grupo de promoção da saúde que segundo Pilon (1987), são grupos concebidos como meios de instrumentos a serviço da autonomia e do desenvolvimento contínuo do nível de saúde e condições de vida.

Procurava-se extrair dali atividades com esse enfoque. Entretanto, o que foi observado inicialmente foram atividades lúdicas e de pinturas que apesar de conter seu valor de desenvolvimento do campo lúdico e imaginário, não eram aplicadas com embasamento científico e com objetivo definido para o ciclo da dinâmica natural do grupo. Dito que se refere, “aos profissionais que coordenam grupos, a definição clara dos objetivos das intervenções para que os respectivos settings grupais possam ser organizados de forma a viabilizar o cumprimento desses projetos.” (SANTOS, 2002 apud. SANTOS et al, 2006)

Para além da falta de foco não se levava em conta as demandas individuais de cada indivíduo como, por exemplo, ao passar atividades para além do alcance para indivíduos não letrados do grupo. Não obstante a maior problemática se encontrava no número de participação de idosos, inicialmente escasso e de frequência irregular.

Ao final do mês iniciou-se um “projeto” sobre alimentação e hábitos de vida com o grupo de idosos. Iniciou-se com uma palestra da médica responsável do grupo, que teve como principal objetivo abordar sobre uma alimentação saudável e o que era aconselhado e correto, amparado pela visão da nutrição adequada para os idosos, levando em consideração valores nutricionais ideais para alimentação do idoso.

Além dessa atividade, outras práticas foram ministradas ao decorrer do mês, como por exemplo a orientação sobre a prática de exercícios físicos. Para isso, o grupo foi levado para a praça, que possui uma academia popular. Com a orientação de uma professora de Educação Física voluntária foi ensinado a eles o valor dos exercícios e as formas adequadas para se alongar, respirar e a utilização correta de

cada aparelho presente na academia popular.

3.2 Planejar e intervir

O planejamento elaborado pelas estagiárias veio em base das necessidades identificadas a partir dos encontros e das queixas dos participantes do grupo. Em um diálogo com os idosos foi manifestado o interesse pela música. A partir disso, as atividades começaram a ser guiadas pelas estagiárias de psicologia, que realizaram atividades com música. Portanto, com a parceria interdisciplinar entre a psicologia e a musicoterapia é possível alargar o campo de ação na direção da acessibilidade ao potencial intrínseco de cada um. O desenvolvimento da atividade com músicas escolhidas pelos idosos, teve a intenção de levantar uma discussão sobre o que cada canção evocava ou provocava em cada um.

Entretanto essas atividades não se faziam satisfatória em todos os encontros e a proposta definida para o grupo que era a definição de GPS, caracterizado como:

“O GPS é uma intervenção coletiva e interdisciplinar de saúde... Caracteriza-se como um conjunto de pessoas ligadas por constantes de tempo, espaço e limites de funcionamento, que interagem cooperativamente a fim de realizar a tarefa da promoção da saúde” (SANTOS et al, 2006).

O propósito da intervenção no grupo seria criar essa ligação de pessoas buscando mais participantes e um funcionamento cooperativo que promovesse saúde em diferentes aspectos do biopsicossocial.

O objetivo inicial era manter a participação ativa dos poucos participantes do grupo e torná-lo mais cativante, interessante e dinâmico e também convidar novos idosos e acionar os faltosos. Assim sendo, estratégias foram criadas, tais como mudar as atividades que estavam sendo realizadas (a saber, pintura e desenhos), realização de um café da manhã para convidar novos idosos a conhecer o grupo, e também, a ligação para os idosos faltosos (aqueles que já foram ao grupo em algum momento e que possuem prontuário no grupo), a fim de entender o motivo de suas faltas e convidá-los a retornar ao grupo.

3.3 Fortalecimento de vínculos

De antemão ao processo de promoção de saúde viu-se a necessidade prévia do fortalecimento de vínculos no grupo. Tanto para os integrantes ativos desde antes do advento das estagiárias, quanto aos novos membros. Tais desafios foram sendo enfrentados dentro de um plano estratégico de projetos de divulgação do grupo de idosos.

Dentro do grupo, também era trabalhado o processo de criação de vínculos para que o grupo pudesse se gerir por contra própria, posicionando os membros como motor do grupo.

O trabalho com a afetividade é muito importante, pois conforme cita Giuseppe (2012) sobre a frase dita de Piaget, o ser humano que não se socializa com seus semelhantes não existe. Segundo a síntese da revisão bibliográfica de Giuseppe (2012) “o ser humano é por natureza social. ” E isso é extraído no grupo de idosos, proporcionando para além de seus objetivos de rede de apoio, o aprendizado, promovendo interações constantes, como festa para aniversariantes, dinâmicas de percepção dos sentimentos do grupo de idosos e a respeito da sua vida. Criando ambiente favorável à partilha de vivências.

Assim, por mais superficial que pareça, qualquer atividade acaba possuindo uma finalidade e profundidade muito maior quando bem elaborada; dotadas de carga afetiva que predispõe a uma ação coerente com os afetos e cognições favoráveis ao desenvolvimento da autonomia e melhoria das condições de vida e saúde. Qual seja a aprendizagem nos GPS, envolve componentes que facilitam a modificação de comportamentos direcionados à promoção da saúde, sem reduzir-se à proposição simplista de mudança das condutas individuais (SANTOS et al, 2006).

Com o mesmo intuito, outras atividades foram realizadas, tais como o Bingo, que os idosos faziam questão de pedir, lanches compartilhados, rodas de conversa-dirigidas por dinâmica escolhida pelas estagiárias.

3.4 Promoção da saúde

As atividades de promoção da saúde passaram a ser ministradas através de palestras com essa temática e qualidade de vida, posteriormente foram ministradas atividades quanto a orientação sobre a prática de exercícios físicos, como também a maneira correta de se alimentar e orientações sobre várias doenças. Para além, foi apresentado ao grupo orientações sobre seu papel social através de palestras a respeito dos direitos e deveres segundo o estatuto do idoso. E por fim ao abranger todo o aspecto biopsicossocial existiram atividades para o desenvolvimento da mente, dinâmicas e autovalorização na terceira idade. Com atividades lúdicas que proporcionam atenção e cumprimento de regras através de brincadeiras que estabelecem a manutenção do raciocínio, vivência de diferentes sentimentos e interação, competição e o estímulo à astúcia.

Todos os aspectos foram abrangidos pois de acordo com o desenvolvimento, segundo Papalia e Olds (2013), três componentes indicam um envelhecimento bem-sucedido, e eles são a evitação de doenças ou deficiências, conservação das funções físicas e cognitivas e envolvimento ativo em atividades sociais.

4 | CONCLUSÃO

A experiência de estágio trouxe resultados para o grupo, no que diz respeito a alteração da dinâmica grupal, bem como para a visão das estagiárias a respeito

da Atenção Primária a Saúde; e o real funcionamento de um grupo de promoção da saúde. Os objetivos visados pelo grupo e as atividades realizadas por aquele círculo, viu-se alterado após a inserção das estagiárias de Psicologia.

Em relação ao grupo, primeiramente, obteve-se a alteração da quantidade de participantes e a frequência dos usuários presentes nas reuniões semanais; consequência direta da formação de vínculo e a sensação de pertencimento criada entre os participantes, possibilitando a autogestão e aptidão em perceber o grupo como rede de apoio.

Igualmente, houve a alteração das atividades realizadas no grupo que em sua origem baseavam-se apenas em atividades lúdicas sem cunho científico. E após a inserção das estagiárias passou a ter novo enfoque, com propostas de desenvolvimento biopsicossocial.

Desta forma, diante de todo o trabalho que fora desenvolvido, pode-se então compreender a saúde mental como a relação dinâmica entre o corpo e a mente, configurando o vínculo da saúde biológica e a mental, mediadas pelo trabalho em equipe multiprofissional, aqui representadas por profissionais da psicologia e medicina, sob coordenação multidisciplinar. Buscando a manutenção da qualidade de vida dos idosos participantes do grupo com enfoque na Promoção de Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 jul. 2018

BRASIL. **Lei nº 8842, de 04 de janeiro de 1994**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 20 jul. 2018

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012

CAMPOS, W. S., MINAYO, M. C. S. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro/São Paulo: Hucitec, 2008

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.27, n.78, p.7-26, 2013.

DALMOLIN, I. S., et al. A importância dos grupos de convivência como instrumento para a inserção social de idosos. **Revista contexto & saúde**, v.10, n.20, 2011.

FERREIRA, J. R., et al. (2011). **O processo de envelhecer**: políticas públicas e a qualidade de vida dos idosos. 2001. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/2011/03/15/o-processo-de-envelhecer-politicas-p-blicas-e-a-qualidade-de-vida-dos-idosos/>>. Acesso em: 20 jul. 2018

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, v.22 n.6, p.1171-1181., 2006

GIUSEPPE, B. N. **Uma breve visão sobre a afetividade nas teorias de Wallon, Vygostsky e Piaget**. 2012. 29f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Presbiteriana Mackenzie Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, São Paulo, 2012.

Matta, C. G., Morosini, G.V.M. Atenção Primária à Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009

OLIVEIRA, D. C. et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.24 n.1, p. 197-206, 2008

PAPALIA, D. E., OLDS, S. W. **Desenvolvimento humano**. São Paulo: Amgh Editora, 2013.

PORTAL BRASIL. **SUS democratiza o acesso do cidadão aos serviços de saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2009/11/sus-democratiza-o-acesso-do-cidadao-aos-servicos-de-saude>>. Acesso em: 22 nov. 2017

SANTOS, L. M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista Saúde Pública**, v.40, n.2, p.346-352, 2006

STARFIELD, B. **Atenção Primária**. Brasília: Unesco, 2002

VASCONCELOS, C. M., PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016, p. 531-562.

ZIMERMAN, D. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. **Vínculo, São Paulo**, v.4, n.4, p.1-16, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902007000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 jul. 2018.

SEGURANÇA DO PACIENTE: VIVÊNCIA DA ENFERMAGEM NAS BOAS PRÁTICAS DE GESTÃO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Laudicea Cardoso da Silva

Universidade Federal do Ceará
Fortaleza-Ceará
cslaudicea33@gmail.com

Ana Mirian Aguiar Bastos

Centro Universitário Fametro
Fortaleza-Ceará

Germana Silva de Paiva

Universidade de Fortaleza
Fortaleza-Ceará

Déborah Cristina Silva Queiroz Alves

Faculdade Vale do Salgado
Icó-Ceará

Thais Gomes Falcão

Universidade de Fortaleza
Fortaleza-Ceará

RESUMO: O SUS é um sistema grande e complexo que apresenta desafios aos gestores. Assim, faz-se relevante implementar ações pautadas na cultura de segurança do paciente. Dessarte, o Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC) tornou-se um importante nesse processo. O presente estudo objetiva relatar a atuação dos profissionais de enfermagem do NAC na aplicação de boas práticas de gestão na segurança do paciente em um hospital de referência em ginecologia e obstetrícia de Fortaleza-CE. Trata-se de um

relato de experiência do período de abril a novembro de 2018. A Organização Mundial da Saúde estabelece seis metas Internacionais de Segurança do Paciente; dentre essas, o NAC é atuante direto ou indireto de, pelo menos, cinco dessas metas. Concluímos que a atuação dos profissionais de enfermagem gerindo processo de trabalho do NAC traduz-se em boas práticas de gestão na promoção da segurança do paciente

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Segurança do paciente. Gestão em saúde

ABSTRACT: The SUS is a large and complex system that presents challenges to managers. Thus, actions needs taken in patient safety. The Customer Attendance Nucleus (CAN) has become really important in this process. The present study has a goal to report nurse's work at CAN of a reference hospital in gynecology and obstetrics of Fortaleza-CE. This is an experience report from the period of April until november 2018. The World Health Organization maintains six international Patient Safety goals; CAN works with at least five of this goals. It concludes that the nursing professionals that coordinate of CAN foment good practices of health and patient safety.

KEYWORDS: Nursing. Patient safety. Health management

1 | INTRODUÇÃO

O SUS é um sistema grande e complexo e como tal requer organização das suas portas de acesso na atenção à saúde e apresenta aos gestores o desafio de atender aos anseios da clientela, dentro dos limites impostos pela disponibilidade de recursos (GUERRERO, FERNANDES, 2015). Desse modo, a implementação de intervenções multifacetadas, pautadas nas dimensões da cultura de segurança, auxiliam enfermeiros e equipe na prevenção de erros em diversos níveis e setores dos cuidados em saúde (LEMOS et al, 2018). Diante disso, segundo a Secretaria de Saúde do Ceará (2015), é possível afirmar que a inserção do serviço do Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC), tornou-se importante no processo de atendimento e acompanhamento do paciente dentro do perfil assistencial de um hospital de referência, possibilitando gerenciar de forma eficiente, o fluxo do paciente, desde a admissão até a alta hospitalar. Dessarte, o presente estudo objetiva relatar a atuação dos profissionais de enfermagem do NAC na aplicação de boas práticas de gestão na segurança do paciente em um hospital de referência em ginecologia e obstetrícia de Fortaleza-CE.

2 | METODOLOGIA

Estudo descritivo do tipo relato de experiência realizado a partir das vivências das rotinas cotidianas de profissionais de enfermagem que atuam no serviço do NAC em hospital de referência em ginecologia e obstetrícia de Fortaleza-CE, no processo de acolhimento, internamento e alta do paciente, ocorrido no período de abril a novembro de 2018.

3 | RESULTADOS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece seis metas Internacionais de Segurança do Paciente: 1. Identificar corretamente o paciente; 2. Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; 3. Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; 4. Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; 5. Higienizar as mãos para evitar infecções; 6. Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão (BRASIL, 2018). Dentre essas seis metas, o NAC é atuante direto ou indireto de, pelo menos, cinco delas, entre as quais: 1. Identificação do paciente: neste aspecto, o NAC internamento é responsável por fazer a admissão do paciente no hospital; e, ao admiti-lo, o sistema informacional (Ars Vitae) usado na operacionalização do hospital, gera, automaticamente, uma pulseira de identificação para o cliente; 2. Comunicação efetiva: neste ponto, o NAC gerencia, através do Ars Vitae, todos os setores do hospital, promovendo a centralização dos serviços e a comunicação intersetorial, oferecendo informações fidedignas, precisas e em tempo real; 3. Melhorar a Segurança dos Medicamentos: quanto a esta meta, o NAC disponibiliza, no Ars Vitae, o prontuário eletrônico dos pacientes, dispondo

de padronização de prescrição para as patologias mais prevalentes no perfil do hospital. 4. cirurgia segura: referente a este aspecto, o NAC é responsável por fazer o mapa cirúrgico, junto a um residente de medicina, introduzindo o cliente no sistema, respeitando a prioridade clínica e a fila de espera, sendo também responsável por contactar com o cliente, informando a data de sua cirurgia, e deixando reservado, no sistema, o leito para esse cliente, informando nome, idade, diagnóstico/procedimento e procedência; 6. prevenção de quedas: quanto a este ponto, o NAC é responsável pelo cadastro do acompanhante do cliente internado e orienta a esse acompanhante que permaneça junto ao seu enfermo; promovendo, entre outros cuidados, a prevenção de quedas. Além disso, a equipe do NAC é responsável pela marcação de exames de clientes internos e externos, e consultas ambulatoriais de retorno no momento da alta, garantindo, assim, a continuidade da assistência.

4 | CONCLUSÃO

Entendemos que a atuação dos profissionais de enfermagem, gerenciando o processo de trabalho do Núcleo de Atendimento ao Cliente em um hospital de referência em ginecologia e obstetrícia da cidade de Fortaleza-CE, traduz-se em boas práticas de gestão na promoção da segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

BRASIL, 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/capacitacoes-e-melhorias>>. Acesso em 16 fev. 2019.

GUERRERO, J. M. A., FERNANDES, F. A.. **Os Desafios do Atendimento Integral na Gestão do SUS. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, São Paulo, v. 17, n. 2, p.I-II, 2015. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/23468>>. Acesso em 09 nov. 2018.

LEMOS, G. C. et al. A Cultura de Segurança do Paciente no Âmbito da Enfermagem: Reflexão Teórica. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. Minas Gerais, 2018; 8:e2600.; Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2600/1880>>. Acesso em 01 dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.2600>

Secretaria da Saúde. Ceará, 2015. Disponível em: <<http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/nac/nac>>. Acesso em 01 dez. 2018

DIFERENTES TENDÊNCIAS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Dario da Silva Monte Nero

(Orientador)

Centro Universitário Leonardo da Vinci –
UNIASSELVI
Feira de Santana - Bahia

Brena de Freitas Bomfim

Centro Universitário Leonardo da Vinci –
UNIASSELVI
Feira de Santana - Bahia

Edneuzza Ribeiro de Almeida

Centro Universitário Leonardo da Vinci –
UNIASSELVI
Feira de Santana - Bahia

Juliana dos Reis Carneiro de Oliveira

Centro Universitário Leonardo da Vinci –
UNIASSELVI
Feira de Santana - Bahia

Suziane dos Santos Vieira

Centro Universitário Leonardo da Vinci –
UNIASSELVI
Feira de Santana - Bahia

além das tradicionais para o tratamento de problemas de saúde. A medicina alternativa, por exemplo, englobando variadas práticas, desenvolve tratamentos para diminuição de dores e alívio de estresse. Com relação ao Pilates, que se tornou bastante popular e ganha cada vez mais adeptos, diversos benefícios são a ele associados, como o aumento da força, melhora do equilíbrio, melhora da postura corporal, prevenção de lesões e alívio de dores musculares. Abordou-se ainda a reabilitação cardiovascular, que, segundo as Diretrizes Sul-Americana de prevenção e reabilitação cardiovascular (2014), tem se tornado um instrumento importante para os pacientes. Por fim, o cenário atual demonstra que, embora muitos desafios ainda se imponham para o alcance de uma vida saudável, muitas alternativas são aprimoradas constantemente. **PALAVRAS-CHAVE:** medicina alternativa; reabilitação cardiovascular, nutrição, pilates.

DIFFERENT TRENDS IN HEALTH PROMOTION

ABSTRACT: The present work aims to show the different trends in health promotion, being these Nutrition, Pilates, Alternative Medicine and Cardiovascular Rehabilitation. It is a systematic review of literature. It addresses the

RESUMO: O presente trabalho tem por objetivo mostrar as diferentes tendências em promoção de saúde, sendo estas Nutrição, Pilates, Medicina Alternativa e Reabilitação Cardiovascular. É um estudo de revisão sistemática de literatura. No qual aborda os diversos métodos e alternativas que surgiram e continuam surgindo, oferecendo possibilidades

various methods and alternatives that have emerged and continue to emerge, offering possibilities beyond the traditional for the treatment of health problems. Alternative medicine, for example, encompassing varied practices, develops treatments for pain reduction and stress relief. With regard to Pilates, which has become very popular and gaining more and more fans, several benefits are associated with it, such as increased strength, improved balance, improved body posture, injury prevention and relief of muscle pain. Cardiovascular rehabilitation was also addressed, which, according to the South American Guidelines for cardiovascular prevention and rehabilitation (2014), has become an important instrument for patients. Finally, the current scenario shows that while many challenges still prevail in reaching a healthy life, many alternatives are constantly being improved.

KEYWORDS: Alternative medicine; cardiovascular rehabilitation; nutrition; pilates.

1 | INTRODUÇÃO

Os conceitos de bem-estar e de saúde estão extremamente ligados à qualidade de vida de um indivíduo, levando em consideração seu estado psicológico, suas relações sociais, seu nível de independência e suas relações com as características mais relevantes do seu meio ambiente.

A busca incessante pelo bem-estar constata que deve haver um alinhamento entre as novas exigências do mercado e a qualificação dos profissionais, para que assim possa existir um bom retorno às necessidades de cada indivíduo.

As Diferentes Tendências em Promoção de Saúde vêm com o intuito de aproximar os profissionais da área ao tema, fazendo com que os mesmos acompanhem essas tendências numa plataforma de aprendizagem para mudanças reais, definitivas e extremamente importantes para a vida futura da população.

O comprometimento com a qualidade de vida pode desenvolver um padrão comportamental favorável à saúde e às condições sociais, certamente dando uma poderosa contribuição para que tenhamos uma população mais saudável, com vida mais longa e prazerosa.

O intuito da realização deste projeto remete em apresentar a grande dimensão filosófica, cultural e científica do tema que será abordado; entendemos a grande relevância de apresentar aos acadêmicos das diversas áreas, universidades e faculdades, assim como a comunidade, já que a mesma também faz parte das nossas caminhadas, as possíveis tendências para uma melhor qualidade de vida para a população.

Analisando o grande teor informativo e significativo que o tema sobre diferentes tendências no âmbito na qualidade de vida dos cidadãos oferece é que buscamos o crescimento intelectual, para tentarmos entender como se dá os problemas sociais, econômicos, culturais e políticos e como tais tendências podem contribuir para a população; ressaltando que é de direito da população ter uma boa qualidade de vida e

nós, como futuras atuantes na área de Saúde, podemos contribuir com a tão esperada e desejada qualidade de vida.

Com muita dedicação e pesquisas, ofereceremos aos colaboradores e aos participantes discussões que possibilitem uma maior criticidade e autonomia para ampliar seus conhecimentos e assim possibilitar um bem-estar com qualidade à população; ressaltando que aproximação com outros profissionais da área de saúde é essencial para a construção de novas propostas e possibilidades, cada um através de suas respectivas especificidades colaborando com um futuro melhor.

Com tudo que foi abordado acima, é notória a importância da execução desse projeto perante a sociedade. Ampliar o conhecimento também é um direito de todos. Construírem para desconstruírem é entender que o conhecimento é inacabado, sempre se amplia mais, e isso remete ao desenvolvimento de profissionais críticos e aptos a exercerem suas escolhidas profissões.

Para essa discussão, traremos os temas: Nutrição, Pilates, Medicina Alternativa e Reabilitação Cardiovascular. Esses temas foram escolhidos porque entendemos a importância de cada um na melhora da qualidade de vida e também por poder apresentar conceitos novos que possam somar ao conhecimento que sempre buscamos para nos tornarmos melhores profissionais.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 MEDICINA ALTERNATIVA E COMPLEMENTAR

A medicina alternativa e complementar engloba os métodos e práticas utilizados em adição ou em substituição do tratamento médico convencional usado para descrever práticas médicas diversas da alopatia ou medicina ocidental, oferecendo ao público serviços não disponíveis na medicina convencional. Esse argumento abrange uma ampla gama de áreas, como métodos alternativos de alívio da dor, serviços de redução de estresse, entre outros métodos preventivos que não são tipicamente parte da medicina convencional.

São consideradas, entre outras, práticas de Medicina Alternativa:

Acupuntura: ramo da medicina chinesa tradicional que consiste em introduzir agulhas metálicas em pontos precisos do corpo de um paciente, para tratar de diferentes doenças ou provocar efeito anestésico (CINTRA, M.E.R.; FIGUEIREDO, R, 2010).

Aromaterapia: *É uma prática terapêutica que se utiliza das propriedades dos óleos essenciais 100% puros para restabelecer o equilíbrio e a harmonia pessoal. Terapia holística por atuar nos sistemas físicos, nas emoções e na mente, promovendo a saúde física e o bem-estar* (LYRA, C. S. et. Al, 2010)

Arte terapia: as artes, como toda expressão não verbal, favorecem a exploração, expressão e comunicação de aspectos dos quais não somos conscientes. Neste

sentido, o trabalho com as emoções através da arte terapia melhora a qualidade das relações humanas porque se centra no fator emocional, essencial em todo ser humano, nos ajudando a ser mais conscientes de aspectos obscuros, e facilitando deste modo o desenvolvimento da pessoa (REIS, 2014).

Ayurveda: enfatiza restabelecer o equilíbrio no corpo através de dieta, estilo de vida, exercícios e limpeza do corpo e espírito. A ayurveda é considerada uma forma de medicina alternativa. Como a medicina tradicional chinesa, ayurveda é um sistema médico, o que significa que ele é baseado em teorias de saúde, doença e sobre os métodos de prevenção e tratamento de problemas de saúde (DEVEZA, 2013).

Cromoterapia: pode ser definida como o tratamento que, por intermédio das cores, estabelece o equilíbrio e a harmonia entre corpo, mente e emoções. Cada cor tem sua função terapêutica específica e atua em um chakra ou um órgão do corpo humano. Sendo assim, ao serem acionadas, as cores impactam fortemente nessas áreas, restabelecendo ou energizando tudo que está bloqueado ou em desequilíbrio no corpo, como as doenças, por exemplo (NUNEZ, 2003).

Fitoterapia: A fitoterapia, também chamada de herbologia ou medicina botânica, é a aplicação de pesquisas científicas e padrões profissionais à prática da medicina herbal. A fitoterapia encoraja e utiliza-se do recente crescimento de informações científicas a respeito de plantas e drogas, utilizando-as para tratamentos. Ela difere de outros tipos de medicina derivados de plantas na farmacologia comum. No padrão farmacológico, isola-se o componente ativo de uma determinada planta. Na fitoterapia, busca-se preservar a complexidade de substâncias de uma determinada planta, com um menor nível de processamento, buscando manter sua efetividade e segurança (ARNOUS, 2005).

Florais de Bach: são extratos líquidos naturais e altamente diluídos, que se destinam ao equilíbrio dos problemas emocionais, operando em níveis vibratórios sutis e harmonizando a pessoa no meio em vive. O objetivo da terapia floral é o equilíbrio das emoções do paciente, buscando a consciência plena do seu mundo interior e exterior. Problemas de saúde frequentemente têm suas origens nas emoções; sentimentos que foram persistentemente reprimidos irão emergir, primeiro, como conflitos mentais e, depois, como doença física. Com os florais, pode-se tratar de estresse, depressão, pânico, desespero, sentimentos de culpa, cansaço físico ou mental, solidão, tristeza, indecisão, sensibilidade excessiva, ciúmes, ódio, mágoas, todos os tipos de medos, ansiedades e preocupações etc. (ARNOUS, 2005).

Homeopatia: é um tipo de tratamento não convencional que utiliza substâncias que provocam sintomas como forma de tratamento para uma série de doenças. (ADLER, 2008).

Massoterapia: Arte de massagear ou amassar pontos e locais do corpo. A massagem é tão eficaz que pode aliviar ou curar vários tipos de doenças ou dores, além de aliviar o estresse liberando hormônios de relaxamento. A massagem é a forma complementar ou alternativa absolutamente maior que tem no mundo (ABAD, 2010).

Quiropraxia: previne, diagnostica e trata problemas no sistema neuro-músculo-esquelético e os efeitos destes sobre o corpo. Os exercícios agem na reeducação postural, melhorando a mecânica, alinhamento, mobilidade e a autorregulação. O método é indicado para todas as idades, até mesmo para bebês (SILVA, 2012).

Todas essas práticas são utilizadas com a finalidade de proporcionar bem-estar e promover a saúde, melhorando assim a qualidade de vida do indivíduo.

2.2 REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR (RCV)

De acordo as Diretrizes Sul-Americana de prevenção e reabilitação cardiovascular ,2014 (DSAPRCV), a RCV tem se tornado um instrumento importante para pacientes com doença cardiovascular (DCV) nas últimas quatro décadas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a RCV é o conjunto de atividades desenvolvidas para garantir aos pacientes as melhores condições físicas, com repercussão direta na melhora da qualidade de vida dos indivíduos (DSAPRCV, 2014).

Os indivíduos indicados para o programa de RCV são: indivíduos portadores de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana; aqueles que já realizaram procedimentos invasivos como angioplastia, revascularização do miocárdio, transplante cardíaco, implante de marco passo, entre outros; indivíduos que já tiveram manifestação de doença coronária, pós-infarto do miocárdio, angina estável, insuficiência cardíaca (DSAPRCV, 2014).

2.2.1 OBJETIVOS DA REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR

Um programa de RCV deve ter como objetivo não só melhorar o estado fisiológico, mas também o psicológico do paciente cardíaco, baseando-se em uma intervenção multidisciplinar (programa de exercício, educação, avaliação médica, avaliação nutricional). (DSAPRCV, 2014).

Os objetivos específicos de uma RCV incluem tratamento eficiente e efetivo dos sintomas e modificação dos fatores de risco cardíaco (PRYOR e WEBBER, 1998).

2.2.2 PRESCRIÇÃO DO EXERCÍCIO

A prescrição do exercício sempre deve ser considerada individualmente de acordo com cada etapa e levando em conta as limitações individuais ou comorbidades ortopédicas, neurológicas, respiratórias, nefrológicas, entre outras (DSAPRCV, 2014).

A RCV está, tradicionalmente, dividida em diversas fases, sequenciadas como FASE I, FASE II e FASES III e IV (MARQUES, 2004).

Fase I

Inclui os exercícios para o paciente internado, que se inicia assim que as

condições do paciente tenham sido estabilizadas (MARQUES, 2004).

Os objetivos dessa fase incluem reduzir o tempo de permanência hospitalar e diminuir os problemas de condicionamento associados com o repouso prolongado no leito, como atrofia muscular, hipotensão postural e deterioração circulatória geral (FARDY e YANOWITZ e WILSON, 2004).

Fase II

É um programa de exercícios supervisionado baseado em uma prescrição individualizada, especificando intensidade, duração, frequência e estilo de atividade. Nesta fase, os objetivos são familiarizar-se com os exercícios, executando com a postura correta e a progressão gradual das cargas (MARQUES, 2004).

Fases III e IV

Estas fases têm uma duração indefinida. A diferença entre ambas está, principalmente, no fato de que a Fase 4 se consegue com controle a distância, também conhecida como reabilitação sem supervisão. Em essência, a prescrição destas duas fases é muito similar, porque os exercícios prescritos são parte da vida cotidiana (DSAPRCV, 2014).

2.2.3 COMPONENTES DO EXERCÍCIO

O programa de treinamento deverá levar em conta os seguintes pontos: 1) Frequência de treinamento: ela deverá ser de, no mínimo, três vezes por semana; 2) Duração de cada sessão: a duração aconselhada é de 40 a 60 minutos/dia; 3) Intensidade do treinamento: pode ser controlada pela frequência cardíaca de treinamento (FCT). (DSAPRCV, 2014).

Quanto aos tipos de treinamento, os mais relevantes são o contínuo e o intervalado. Treinamento contínuo é aquele que se baseia em um esforço constante durante um tempo determinado. Treinamento intervalado define-se como um exercício ou uma série deles, composto por períodos de esforço alternados com períodos de recuperação ativos ou passivos (DSAPRCV, 2014).

2.2.4 ETAPAS DE TREINAMENTO

O programa de treinamento físico envolve três etapas, sendo uma de aquecimento, outra de treinamento e outra de desaquecimento (REGENGA, 2000).

Aquecimento

Deverá ter duração de 5 a 10 min, sendo efetuados exercícios de alongamento, dinâmicos aeróbios e de coordenação, associados a exercícios respiratórios. Essa fase tem por objetivo preparar os sistemas musculoesquelético e cardiorrespiratório para a fase de condicionamento propriamente dito (REGENGA, 2000).

Condicionamento

Tem como objetivo exercitar o paciente a uma frequência cardíaca programada

a fim de obter efeito de treinamento. A intensidade do esforço deve ser aumentada gradualmente até o nível de treino programado (MARQUES, 2004). Poderá ser composta por trotes, caminhadas ou outra modalidade de exercício físico em bicicleta e esteira ergométrica ou em outro tipo de equipamento que permita aferir frequência cardíaca e pressão arterial sistêmica durante sua realização. A duração total varia até cerca de 40 min (REGENGA, 2000).

Desaquecimento e relaxamento

A atividade física deve ser mantida com baixa intensidade de esforço, mantendo em atividade particularmente os músculos mais trabalhados durante a sessão (MARQUES, 2004). Os exercícios de relaxamento podem ser realizados no final do desaquecimento, e reduzir a frequência cardíaca, a pressão arterial e a incidência de arritmias cardíacas (MARQUES, 2004).

Sendo assim, um programa de RCV deve ter um acompanhamento contínuo do paciente, para se obter bons objetivos. Cada alteração no programa de exercício do paciente precisa ser baseada em uma detalhada avaliação objetiva, pois cada um tem suas limitações. Para conseguir resultados positivos, é necessário fazer um planejamento com implementação de um programa de exercício aeróbico em termos da intensidade, duração e frequência.

2.3 PILATES

Pilates nomeava seu método de Contrologia ou Arte do Controle, que é a capacidade que o ser humano tem de se mexer-se com ciência e comando do próprio físico, apresentando uma completa organização do corpo, mente e espírito, utilizando princípios específicos para requerer a integração entre eles, que são a concentração, centro de força (power house), fluidez, precisão, respiração e controle dos movimentos. Independentemente da atividade, alguns elementos semelhantes sempre estão em jogo – estabilidade/mobilidade, resistência/oposição, força de alavanca, articulação, balanceamento.

Os exercícios do método Pilates são, na sua maioria, executados na posição deitada, havendo diminuição dos impactos nas articulações de sustentação do corpo na posição ortostática e, principalmente, na coluna vertebral, permitindo recuperação das estruturas musculares, articulares e ligamentares particularmente da região sacrolombar. Os princípios desenvolvidos por Pilates estão intrinsecamente ligados a excelência do movimento, a qualidade é mais importante que a repetição. É necessária total concentração para a realização dos movimentos, ou seja, a pessoa tem de estar com o corpo e a mente conectada para alcançar bons resultados (CAMARÃO, 2004).

Conforme Sean & Gallagher (2000), Pilates pode ser definido como a técnica, método ou arte baseado na contrologia, definida como o controle consciente de todos os movimentos musculares do corpo, sendo assim baseado em seis princípios:

Concentração: durante todo o exercício a atenção é voltada para cada parte do

corpo, para que o movimento seja desenvolvido com maior eficiência. Toda atenção é voltada para a realização do exercício.

Controle: para o controle do movimento, faz-se necessária a coordenação, que é a integração da atividade motora do corpo que visa um padrão suave e harmônico de movimento.

Precisão: é o refinamento do controle e equilíbrio dos diferentes músculos envolvidos em um movimento.

Centro: é o ponto focal para o controle corporal. Constitui-se pelas camadas do abdômen: reto abdominal, oblíquo interno e externo, transverso do abdome; eretores profundos da espinha, extensores, flexores do quadril juntamente com os músculos do períneo. O fortalecimento desta musculatura proporciona a estabilização do tronco e um alinhamento biomecânico com menor gasto energético.

Respiração: é primordial no início do movimento que recruta os músculos estabilizadores profundos da coluna na sustentação pélvica e favorece o relaxamento dos músculos inspiratórios e cervicais, melhorando a ventilação pulmonar, a oxigenação tecidual, e conseqüentemente a captação de produtos metabólicos associados à fadiga.

Movimento fluido: são movimentos realizados de forma controlada e contínua, deve possuir fluidez e leveza, evitando movimentos compensatórios e melhorando a consciência corporal.

Dentre os benefícios do método Pilates está o aumento da força e o controle muscular, a melhora do equilíbrio e coordenação, a ajuda para desenvolver consciência corporal, o aumento da flexibilidade, o alongamento, o fortalecimento e definição da musculatura, a melhora a postura corporal, a melhora da capacidade respiratória, a prevenção de lesões e o alívio de dores musculares (HERDMAN & SELBY, 2000).

O método Pilates diferencia de outros tipos de exercícios pela sua abordagem global, que beneficia a fisiologia do corpo que combina com a mente, buscando alcançar o correto alinhamento corporal, aumento da flexibilidade, força muscular e resistência cardiorrespiratória, podendo ser realizados no solo e/ou com aparelhos (STANMORE, 2009).

No aspecto psicológico, melhora o humor, o foco de atenção, a satisfação pela vida, a energia e o entusiasmo, que torna indispensável para sua adaptação durante a grande tensão a que são submetidos nas competições (LANGE et al, 2000).

O treinamento no solo envolve exercícios de coordenação, força, equilíbrio e controle postural, que trabalham músculos do corpo todo. As séries dos exercícios podem ser realizadas deitado, sentado ou em pé, podendo associar com os acessórios, como bola suíça, pesos de 0.5kg até 2.0kg, faixas elásticas das mais variadas intensidades para ganho de força, *magic circle*, entre outros. O treinamento com aparelhos são aulas realizadas individualmente ou em pequenos grupos, porém com objetivos específicos. Cada aparelho é constituído de molas, as quais oferecem resistência que podem ser ajustadas para diferentes tensões. Os exercícios são

realizados de forma rítmica, controlado, associada à respiração e correção postural.

2.4 NUTRIÇÃO

As mudanças que ocorreram nos padrões de consumo alimentar das pessoas, nos últimos tempos, levaram pesquisadores e profissionais a perceberem a necessidade de intervenções voltadas para a conscientização de que a adoção de hábitos alimentares saudáveis trará melhor qualidade de vida.

Muitas pessoas comem alimentos demasiadamente calóricos por não conhecerem a alimentação balanceada. Por isso, é importante avaliarmos se os alimentos que ingerimos contêm os nutrientes que precisamos para a realização de nossas funções vitais.

Segundo um relatório criado pelo *Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition*, embora não exista nenhum “‘índice global de qualidade de dieta’, existe um consenso geral sobre o que uma dieta saudável [...] deve conter, ou seja, uma diversidade de alimentos saudáveis que oferecem níveis de energia apropriados para a idade, sexo, estado de saúde e atividade física, além de micronutrientes essenciais” (2016, p. 9).

Dessa forma, é fundamental o consumo de frutas, legumes, verduras, grãos integrais e fibras, com limitação de alimentos e bebidas açucaradas, carnes processadas e sal. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), “O consumo inadequado de determinados tipos de alimentos ou ingredientes, como excesso de sal, açúcar e gorduras, podem levar a ocorrência de algumas doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão” (NAÇÕES UNIDAS, 2016).

Dentre os principais nutrientes que uma pessoa deve consumir estão:

Proteínas – consideradas as construtoras do nosso corpo, ajudam no seu desenvolvimento e crescimento. Podem ser encontradas no feijão, na soja, na ervilha, cereais, carnes, peixe, leites e derivados.

Carboidratos – produzem a energia que o corpo necessita para viver. Podem ser encontrados no açúcar, no mel, no pão, no macarrão e no arroz.

Gorduras – são usadas para armazenar energia no corpo. Suas principais fontes são: carnes gordurosas, bacon, manteiga e óleo.

Vitaminas – auxiliam nas transformações químicas que ocorrem em nosso corpo. Além de outros alimentos, encontramos vitaminas nas frutas e em verduras frescas.

Minerais – são substâncias reguladoras do corpo humano e facilitam o bom desenvolvimento e funcionamento, evitando doenças. São encontrados em diversos alimentos, inclusive na água, hidratando e regulando a temperatura do corpo.

Fibras – são importantes para o funcionamento do intestino. Alimentos ricos em fibras são grãos, verduras, frutas e legumes.

Para uma alimentação saudável, é fundamental um equilíbrio na distribuição destes nutrientes na hora das refeições, fazendo com que o corpo funcione com eficiência. De acordo com o Ministério da Saúde,

“A dieta habitual dos brasileiros é composta por diversas influências e na atualidade é fortemente caracterizada por uma combinação de uma dieta dita “tradicional” (baseada no arroz com feijão) com alimentos classificados como ultra processados, com altos teores de gorduras, sódio e açúcar e com baixo teor de micronutrientes e alto conteúdo calórico. O consumo médio de frutas e hortaliças ainda é metade do valor recomendado pelo Guia Alimentar para a população brasileira e manteve-se estável na última década, enquanto alimentos ultra processados, como doces e refrigerantes, têm o seu consumo aumentado a cada ano” (BRASIL, 2013, p 13).

Embora esse cenário esteja longe do ideal, alguns estudiosos apontam para uma transformação no pensamento dos consumidores brasileiros em relação à preocupação com a sua alimentação. Segundo a Dra. Jocelem Mastrodi Salgado (2011, p.19), em relação aos avanços, o consumidor está “optando por alimentos que além das funções nutricionais básicas possam lhe trazer outros benefícios como, por exemplo, a prevenção de doenças crônico-degenerativas, [...] até cânceres, quando inseridos como parte de uma dieta equilibrada e associados a exercícios físicos, e a hábitos alimentares saudáveis”. Ela explica que esses alimentos, conhecidos como funcionais, “representam um mercado em crescente expansão no Brasil e no mundo, com um estilo de vida desequilibrado que envolve hábitos alimentares ruins e sedentarismo” (SALGADO, 2011, p.19). Dessa forma, “o consumo regular desses alimentos pode ser uma alternativa para ajudar a conter o avanço dessas doenças” (SALGADO, 2011, p.19).

Porém, existe um longo caminho pela frente para melhorar a alimentação do Brasil e do mundo, como aponta o relatório do *Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition* (2016). Segundo esse documento, não obstante o progresso no passado, aproximadamente três bilhões de pessoas no mundo atual consomem dietas de má qualidade, quase um quarto de todas as crianças menores de cinco anos tem baixa estatura para a idade, mais de dois bilhões de pessoas têm deficiência de micronutrientes e a incidência de sobrepeso e obesidade está aumentando em todas as regiões. Como resultado, muitas economias apresentam um desenvolvimento muito inferior ao esperado e as doenças crônicas relacionadas à dieta estão sobrecarregando cada vez mais os sistemas de assistência médica. Além disso, a situação deverá piorar muito nos próximos vinte anos, uma vez que fatores significativos, como o crescimento populacional, a alteração do clima e a urbanização influenciam os sistemas alimentares.

Este relatório demonstra que, a não ser que os encarregados de estratégias ajam de modo decisivo para controlar o sobrepeso, a obesidade e as doenças relacionadas à dieta, bem como os esforços para reduzir a desnutrição, todos os países pagarão um preço alto em termos de mortalidade, saúde física, bem-estar mental, perdas econômicas e degradação do meio ambiente. Além disso, demonstra que é essencial que o setor

público e o setor privado trabalhem juntos para atingir esses objetivos, demonstrando como esses consideráveis desafios podem ser enfrentados. Por exemplo, os sistemas alimentares, particularmente, devem ser utilizados de modo que nutram e não apenas alimentem a população. Isso por si só abre inúmeras oportunidades para intervenções que os tomadores de decisões podem adaptar para situações específicas (GLOBAL PANEL ON AGRICULTURE AND FOOD SYSTEMS FOR NUTRITION, 2016).

A má nutrição é um problema negligenciado há muito tempo, embora afete uma em cada três pessoas em todo o mundo. Ela se manifesta de várias maneiras: altura e peso abaixo do normal, deficiências em vitaminas e minerais essenciais e excesso de peso. Em 2015, pela primeira vez na história, através dos Objetivos Globais das Nações Unidas, o mundo se propôs a erradicá-la em todas as suas formas.

A Agenda 2030 das Nações Unidas, que aborda os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, definiu como objetivo 2: Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável. Uma das metas elencadas é “Até 2030, acabar com todas as formas de desnutrição, incluindo atingir, até 2025, as metas acordadas internacionalmente sobre nanismo e caquexia em crianças menores de cinco anos de idade, e atender às necessidades nutricionais dos adolescentes, mulheres grávidas e lactantes e pessoas idosas.” (NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Livrar o mundo da má nutrição demandará investimento, determinação e esforços constantes. Exigirá também soluções inovadoras, que atuem para combater tanto a desnutrição como o ônus cada vez maior da obesidade que afeta quase todos os países em todo o mundo. No contexto brasileiro, tanto o governo quanto a sociedade civil precisarão atuar juntos para buscar soluções ao problema. Dessa forma, é fundamental o apoio do governo a pesquisas e ao desenvolvimento tecnológico, além da promoção do diálogo com os diversos setores da sociedade.

Ademais, é preciso dar uma ênfase muito maior ao posicionamento do crescimento da agropecuária como um modo de melhorar a qualidade das dietas, em vez de simplesmente fornecer calorias suficientes. Os sistemas alimentares precisam ser reposicionados para que deixem de meramente fornecer alimentos e passem a fornecer dietas de alta qualidade para todos. Isso exigirá iniciativas políticas que vão muito além da agropecuária e que englobem o comércio, o ambiente e a saúde, aproveitando o poder do setor privado e dando aos consumidores o poder de exigir melhores dietas (GLOBAL PANEL ON AGRICULTURE AND FOOD SYSTEMS FOR NUTRITION, 2016).

O investimento na melhoria da nutrição contribuirá para menores gastos com saúde e para maior expectativa de vida. A má nutrição causada por dietas que não são nutritivas ou seguras representa o principal fator de risco na carga de doença global. As dietas de má qualidade contêm uma quantidade insuficiente de calorias, vitaminas e sais mineiras ou contêm excesso de calorias, gorduras saturadas, sal e açúcar.

Em uma perspectiva positiva, as tendências atuais podem mudar se forem

tomadas as ações corretas hoje e nas próximas décadas. As dietas de melhor qualidade são possíveis. A garantia de que todas as pessoas tenham dietas saudáveis é um imperativo moral e econômico. Isso exigirá uma ação concentrada, determinada e continuada por parte dos encarregados de estratégias que trabalham em parceria com o setor privado em ambientes complexos que se alteram rapidamente (GLOBAL PANEL ON AGRICULTURE AND FOOD SYSTEMS FOR NUTRITION, 2016).

As iniciativas em âmbito internacional, como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, e as iniciativas em âmbito nacional, como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição produzida pelo Ministério da Saúde, são bastante relevantes. No entanto, a ação para o cumprimento das metas é fundamental. Assim, o governo e a sociedade civil devem assumir a responsabilidade de melhorar a nutrição das pessoas, compreendendo que o avanço nesse contexto significará um avanço em diversas áreas, como saúde, bem-estar e economia.

3 | MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo é uma revisão sistemática de literatura. É um tipo de investigação científica que tem por objetivo reunir, avaliar e conduzir uma síntese dos resultados de múltiplos estudos primários sobre o tema proposto. A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de materiais publicados em livros, artigos científicos e revistas. Ela pode ser realizada independentemente ou pode constituir parte de uma pesquisa descritiva ou experimental, segundo Cervo, Bervian e da Silva (2007, p.61).

A busca pela literatura se deu por meio de uma pesquisa solicitada pela disciplina Prática interdisciplinar: Aptidão Física e Saúde. Para a demanda nas bases de dados, foram descritas aptidão física e saúde tomando-se os devidos cuidados para confirmar a exatidão das informações apresentadas, a fim de descrever os conceitos e condutas mais adotadas pelos autores considerados.

Após a leitura sistemática, todo o material foi comparado a partir de uma leitura crítica de revisão bibliográfica. A intenção desta revisão foi proporcionar ao leitor ampla variedade de conceitos e condutas atuais, além da importância da estabilização central aos orientadores de Aptidão Física e Saúde.

4 | DISCUSSÃO

Como abordado anteriormente, as diferentes tendências na promoção da saúde ajudam a tornar a rotina mais saudável e melhorar a qualidade de vida. Levando em consideração que hoje em dia elas se tornaram bem mais acessíveis, pois o próprio Sistema Único de Saúde oferece alguns desses serviços, e os que não são oferecidos podem ser encontrados por preços menores, muitos profissionais da área de saúde se empenharam em produzir estudos que demonstram sua relevância na qualidade de vida do indivíduo, e hoje são reconhecidas pela sua contribuição à saúde.

Dentre as tendências estudadas, a medicina alternativa, possivelmente, seja a menos conhecida, ofertada e popularizada. Isso porque não encontramos um número de profissionais suficiente para abarcar a maioria das práticas conhecidas e também não há discussão sobre o assunto em locais e mídias que possam torná-la conhecida. Ouvimos, sim, falar muito sobre massagens, mas em sua maioria são utilizadas mais com fins estéticos do que terapêuticos ou como forma complementar de amenizar sintomas de doenças ou curá-las.

A reabilitação cardiovascular é reconhecida atualmente como um grande instrumento que pode ser utilizado para melhorar a saúde do indivíduo que já teve alguma doença cardíaca, como infarto do miocárdio, alguma intervenção cirúrgica por problemas de circulação ou que são portadores de risco de doenças cardíacas. Esses programas de reabilitação cardiovascular são projetados para cada pessoa de forma individual, cabendo uma avaliação do paciente e acompanhamento dos profissionais envolvidos para que haja eficácia no programa e resultado positivo do paciente.

Com relação ao Pilates, ele ganhou espaço entre as principais modalidades oferecidas pelo mercado, pois tem como base ofertar aos clientes uma melhor conscientização do corpo, mente e espírito, trabalhando o equilíbrio do ser humano. Para isso, utiliza-se de técnicas e movimentos que exigem concentração, força, fluidez, precisão, respiração e controle do corpo. É considerada uma modalidade que tem baixo impacto, por isso está na lista dos preferidos das recomendações médicas. No entanto, pode ser realizado de forma leve, moderada ou intensa, dependendo do estágio que o cliente se encontrar.

Por fim, a nutrição é uma área que ganha cada dia mais espaço nos ambientes onde se trabalha com saúde, sejam eles clínicos ou estéticos. Isso porque hoje o assunto é discutido com frequência, devido ao índice de doenças que vem aumentando por causa de uma má alimentação. Dessa forma, são ofertados programas e acompanhamento nutricional, que visam melhorar a saúde e prevenir doenças, alertando para a importância da boa alimentação, com a quantidade suficiente de nutrientes, ou seja, proteínas, carboidratos, gorduras, vitaminas, minerais e fibras, que o corpo precisa para se manter saudável.

5 | CONCLUSÃO

As diferentes tendências em promoção de saúde inserem-se em um contexto de constantes evoluções e inovações que caracterizam a vida moderna. Nesse cenário, os profissionais da área de saúde precisam estar atualizados e em uma busca constante pelo aprendizado, que promove saúde e bem-estar para a população.

Diversos desafios relacionados ao âmbito social, político e econômico tornam árduo o caminho para alcançar metas relativas à alimentação saudável, bem-estar, diminuição de doenças e saúde. Um exemplo disso é que a má nutrição afeta uma em cada três pessoas no mundo. Por outro lado, existem iniciativas, como os

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, que visam alcançar a segurança alimentar e a melhoria na nutrição. Um ponto positivo é que a população tem se preocupado mais com uma alimentação saudável e, conseqüentemente, com a diminuição de doenças. Porém, muito ainda precisa ser feito. Nesse contexto, é fundamental o apoio dos governos a pesquisas e difusão de informações para a população.

O estudo também abordou os diversos métodos e alternativas que surgiram e continuam surgindo, oferecendo possibilidades além das tradicionais para o tratamento de problemas de saúde. A medicina alternativa, por exemplo, englobando variadas práticas, desenvolve tratamentos para diminuição de dores e alívio de estresse. Com relação ao Pilates, que se tornou bastante popular e ganha cada vez mais adeptos, diversos benefícios são a ele associados, como o aumento da força, melhora do equilíbrio, melhora da postura corporal, prevenção de lesões e alívio de dores musculares. Abordou-se ainda a reabilitação cardiovascular, que, segundo as Diretrizes Sul-Americana de prevenção e reabilitação cardiovascular (2014), tem se tornado um instrumento importante para os pacientes. Um programa de RCV tem como objetivo não só melhorar o estado fisiológico do paciente, mas também o psicológico, baseando-se em uma intervenção multidisciplinar.

Por fim, o cenário atual demonstra que, embora muitos desafios ainda se imponham para o alcance de uma vida saudável, muitas alternativas são aprimoradas constantemente. A informação e a orientação da população são essenciais, por isso os profissionais da saúde devem estar atualizados, assim podem contribuir significativamente com o incentivo e com a conhecimento dessas diferentes tendências.

REFERÊNCIAS

DIRETRIZ SUL-AMERICANA DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2014/Diretriz_de_Consenso%20Sul-Americano.pdf> Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 103, Nº 2, Supl. 1, Agosto 2014
Acessos: 19/04/2018 e 24/04/2018

Exercício físico e reabilitação cardiovascular. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd127/exercicio-fisico-e-reabilitacao-cardiovascular.htm>>. Acessos: 19/04/2018 e 24/04/2018.

ABAD, C. C. C. et. Al. **Efeito da Massagem Clássica na Percepção Subjetiva de Dor, Edema, Amplitude Articular e Força Máxima Após Dor Muscular Tardia Induzida Pelo Exercício.** Rev Bras Med Esporte – Vol. 16, No 1 – Jan/Fev, 2010.

Adler U.C. et al. **Tratamento homeopático da depressão: relato de série de casos.** / Rev. Psiquiatr. Clín 35 (2); 74-78, 2008.

ARNOUS, Amir Hussein, SANTOS, Antonio Sousa e BEINNER, Rosana Passos Cambraia. **Plantas Medicinais de uso caseiro - Conhecimento popular e interesse por cultivo comunitário.** Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.6, n.2, p.1-6, jun.2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CINTRA, M.E.R.; FIGUEIREDO, R. **Acupuntura e promoção de saúde: possibilidades no serviço público de saúde**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.32, p.139-54, jan./mar. 2010.

DEVEZA, A.C.R.S. **Ayurveda – a medicina clássica indiana** Rev Med (São Paulo). 2013 jul.-set.

ELIAS, Marcia Carlos e ALVES, Elaine. **Medicina não-convencional: prevalência em pacientes oncológicos**. Revista Brasileira de Cancerologia, 2002, 48(4): 523-532.

MARÉS, G. et. Al. **A importância da estabilização central no método Pilates: uma revisão sistemática** Fisioter. Mov., Curitiba, v. 25, n. 2, p. 445-451, abr./jun. 2012.

GLOBAL PANEL ON AGRICULTURE AND FOOD SYSTEMS FOR NUTRITION. 2016. Sistemas alimentares e dietas: Como enfrentar os desafios do século XXI. Londres, Reino Unido.

LYRA, C. S. et. Al., **Eficácia da aromaterapia na redução de níveis de estresse e ansiedade em alunos de graduação da área da saúde: estudo preliminar**. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v.17, n.1, p.13-7, jan./mar. 2010.

NAÇÕES UNIDAS, Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: abril de 2018.

NAÇÕES UNIDAS, Alimentos não saudáveis causam mais de 200 doenças; OMS ensina cinco medidas preventivas. 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/alimentos-nao-saudaveis-causam-mais-de-200-doencas-oms-ensina-cinco-medidas-preventivas/>>. Acesso: em abril de 2018.

NUÑEZ, Helena Maria Fekete e CIOSAK, Suely Itsuko. **Terapias alternativas/ complementares: o saber e o fazer das enfermeiras do distrito administrativo 71 - Santo Amaro - São Paulo*** Rev Esc Enferm USP 2003; 37(3):11-8.

REIS, Alice Casanova dos. **Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do Psicólogo**. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2014, vol.34, n.1.

SALGADO, Jocelém Mastrodi. **Os Novos rumos da nutrição humana no século XXI**. Revista Food Ingredients Brasil, Nº 19, 2011.

SILVA, R. M. V. et. Al. **Efeitos da quiropraxia em pacientes com cervicalgia: revisão sistemática**. Rev Dor. São Paulo, 2012 jan-mar;13(1):71-4.

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). Pós-Graduada em Urgência e Emergência pela Universidade Cândido Mendes – UCAM.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-413-9

